CareFirst

Medicare Advantage

2026

Evidencia de Cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (PPO)

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es un plan PPO con un contrato de Medicare. La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage depende de la renovación del contrato.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage PPO, Inc., un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes Blue Cross and Blue Shield independientes.

Y0154_H7379_MA03642IND_C_SPN

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura para 2026:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de PPO de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute

En este documento, se proporciona información detallada acerca de la cobertura de la atención médica de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Nuestra prima del plan y los costos compartidos
- Nuestros beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo contactarse con nosotros
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 833-536-2001. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Este plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, es ofrecido por CareFirst Advantage PPO, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. (Cuando en esta *Evidencia de Cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa CareFirst Advantage PPO, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. Cuando se mencione el “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este documento). También podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita.

Según la disposición final 4205-F de los CMS, publicada el 4 de abril de 2024, sección 422.2267(e)(31)(ii) y 423.2267(e)(33)(ii), los planes deben proveer un Aviso de Disponibilidad de los servicios de asistencia de idiomas, así como de las ayudas y los servicios auxiliares que, como mínimo, indiquen que nuestro plan provee servicios de asistencia de idiomas, así como ayudas y servicios auxiliares adecuados de forma gratuita. Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y al menos los 15 idiomas más hablados por personas con dominio limitado del inglés en el estado o estados relevantes en el área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para personas con discapacidades que requieran ayudas y servicios auxiliares para garantizar una comunicación efectiva.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

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

Nuestra red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

Y0154_H7379_MA03642IND_C SPN

Índice

CAPÍTULO 1: Inicie como miembro 4
SECCIÓN 1 Usted es miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute. 4
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan 5
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía 6
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes 7
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 8
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro registro de su membresía del plan 8
SECCIÓN 7 Funcionamiento de otros seguros con nuestro plan 9

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos 11
SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute 11
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 14
SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 15
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) 16
SECCIÓN 5 Seguro Social 17
SECCIÓN 6 Medicaid 18
SECCIÓN 7 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 19
SECCIÓN 8 Si tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de su empleador 19

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 20
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 20
SECCIÓN 2 Utilice proveedores dentro y fuera de la red para obtener atención médica 21
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o urgencia 24
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos? 27
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 27
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 29
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 30

CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 32
SECCIÓN 1 Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos 32

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos 34
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 110

CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos cubiertos 113
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios cubiertos 113
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido 115
SECCIÓN 3 Consideraremos la solicitud de pago y le responderemos sí o no 115

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades 117
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 117
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 132

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas) 134
SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 134
SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada 134
SECCIÓN 3 Qué proceso debe usar para su problema 135
SECCIÓN 4 Guía sobre las determinaciones de cobertura y las apelaciones 135
SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación 138
SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto 146
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 151
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 155
SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes. 157

CAPÍTULO 8: Finalización de su membresía en nuestro plan 161
SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan 161
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan? 161
SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan 163
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan. 164
SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe finalizar nuestra membresía del plan en ciertas situaciones. 164

CAPÍTULO 9: Avisos legales 166
SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables 166
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 166
SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 167
SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación 167
CAPÍTULO 10: Definiciones 169

CAPÍTULO 1: Inicie como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.

Sección 1.1 Usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, que es una PPO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y eligió obtener su cobertura de atención médica de Medicare a través de nuestro plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute. El plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores en este plan son diferentes a los de Medicare Original.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute es un plan PPO de Medicare Advantage (PPO significa Organización de Proveedores Preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare PPO está aprobado por Medicare y lo administra una compañía privada. Este plan no incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted y describe cómo CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute le brinda cobertura para su atención. Las demás partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y todos los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en que esté inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute después del 31 de diciembre de 2026. También podemos elegir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio luego del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cada año. Usted puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos seguir ofreciéndolo y Medicare renueva su aprobación.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para la membresía en nuestro plan siempre que cumpla con todas estas condiciones:

- Está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran dentro del área de servicio a geográfica a pesar de que se encuentran físicamente en ella.
- Es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicios de nuestro plan. El área de servicios se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes estados: Maryland and Washington D.C.

Si se muda fuera de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

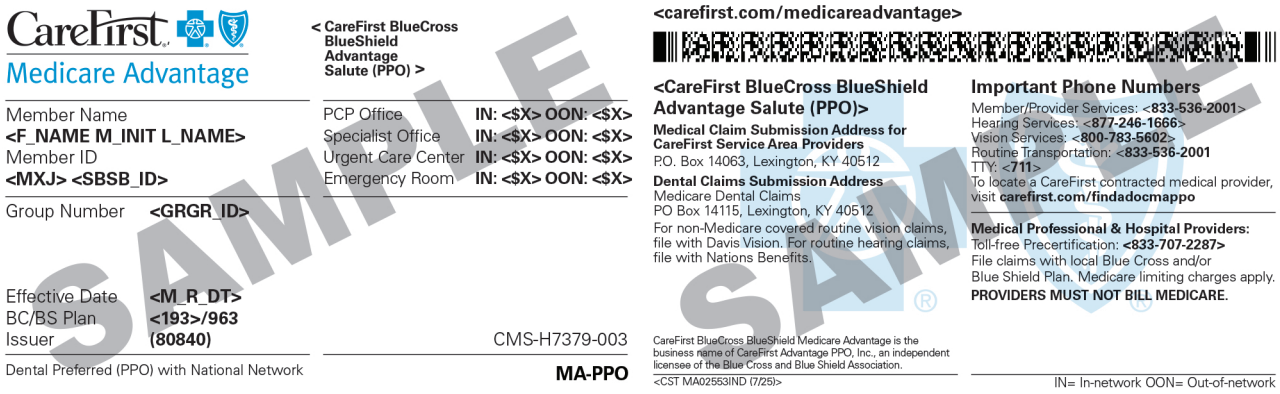
Sección 2.3 Ciudadano estadounidense o persona que reside legalmente en los Estados Unidos

Debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan en función de este requisito. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe anular su inscripción si usted no cumple con dicho requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 La tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía:



Mientras sea miembro de este plan, NO utilice la tarjeta de color rojo, blanco y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos. Si utiliza la tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de membresía de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite mostrarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si necesita participar en estudios de investigación aprobados por Medicare (también conocidos como ensayos clínicos).

Si se daña, pierde o le roban la tarjeta de membresía de nuestro plan, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de Proveedores* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.html se enumeran los proveedores de atención médica y los proveedores de equipo médico duradero actuales que forman parte de nuestra red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, los grupos médicos, los proveedores de equipos médicos duraderos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá los servicios de los proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y se consideren médicamente necesarios. Sin embargo, si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por los servicios cubiertos sea mayor. Consulte el Capítulo 3 para obtener información más específica.

Si no tiene un *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de Proveedores* impresos que haya solicitado se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**$0**
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará en gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la sección 1 del capítulo 4 para obtener más detalles).	**De proveedores de la red: $5,900** **De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $8,950**
Visitas de atención primaria al consultorio	**$0 de copago por visita**
Visitas al consultorio del médico especialista	**$35 de copago por visita**
Hospitalizaciones	**$335 de copago por día para los días 1 a 5,** **$0 de copago por día para los días 6 a 90**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.

Las primas de la Parte B de Medicare difieren para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia del manual *Medicare y Usted 2026* la sección llamada *Costos de Medicare de 2026*. Descargue una copia del sitio web de Medicare en (www.Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como miembro de este plan, recibe un descuento de la prima de la Parte B de $100 por mes, que se deduce automáticamente de su prima mensual total de la Parte B. **Usted debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También puede pagar una prima de la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado nuestro registro de su membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. En él se detalla la cobertura específica de su plan.

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

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid).
- Cualquier queja por responsabilidad civil, como las quejas por accidentes de automóvil.
- Si es ingresado en una residencia para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No es necesario que informe a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que piensa participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cambia alguna de esta información, comuníquenosla llamando a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 Funcionamiento de otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga, para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con los beneficios de nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se enumerarán todas las demás coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que proporcionar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene otro seguro (como la cobertura médica grupal de su empleador), las reglas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el "pagador principal") paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo (el "pagador secundario") solo paga si hay costos que no cubre la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas tienen validez para la cobertura de planes de salud grupales ofrecidos por el empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura de jubilación, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal está basada en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el responsable de pagar primero depende de la edad que usted tenga, la cantidad de personas que emplea su empleador y si tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
    - Si es menor de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o su familiar) todavía trabaja, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores que participan en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabaja, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos uno de los empleadores que participan en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.

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

Estos tipos de cobertura generalmente pagan primero por los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluye seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación a los trabajadores

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

CAPÍTULO 2:
Números telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute. Será un gusto ayudarle.

Servicios para Miembros: información de contacto	
Llame	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre Los Servicios para Miembros 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuentan con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Número de fax	844-961-0696
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Services Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

Cómo solicitar una determinación de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una determinación de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una determinación de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar las determinaciones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el capítulo 7.

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: Información de contacto	
Llame	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Número de fax	Números de fax de las determinaciones de cobertura médica: Servicios para pacientes hospitalizados: 443-753-2341 Servicios para pacientes ambulatorios: 443-753-2342 Servicios de atención a domicilio y equipo médico duradero: 443-753-2343 Terapias para pacientes ambulatorios--Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla: 443-753-2346 Salud conductual y consumo de sustancias: 443-753-2347 Apelaciones de pagos por atención médica: 443-753-2298 Apelaciones aceleradas clínicas: 410-605-2566
Escriba	Correo postal: CareFirst BlueCross BlueShield Preservice Review Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117 Correo electrónico: Inpatient Services: MAInpatient@carefirst.com Outpatient Services: MAOutpatient@carefirst.com Home Care Services and Durable Medical Equipment: MAHC-DME@carefirst.com Outpatient Therapies (Physical Therapy, Occupational Therapy, and Speech Therapy): MAOPAP@carefirst.com Behavioral Health and Substance Use: MABH@carefirst.com
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

Cómo presentar una queja sobre la atención médica

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros o de uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas

por cobertura o pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el capítulo 7.

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
Llame	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Número de fax	443-753-2298
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Appeals & Grievances Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute directamente a Medicare, ingrese a www.Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que usted haya recibido.

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que usted piensa que debemos pagar, puede que tenga que pedirnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el capítulo 5 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y denegamos alguna parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Consulte el capítulo 7 para obtener más información.

Solicitudes de pago: información de contacto	
Llame	833-536-2001 De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre Las llamadas a este número son gratuitas.

Solicitudes de pago: información de contacto	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Número de fax	855-215-6947
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Claims Reimbursement P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

Medicare es el programa de seguro médico federal para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 con discapacidades y pacientes con insuficiencia renal en etapa terminal (insuficiencia renal crónica que requiere tratamiento con diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal que administra Medicare son los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan.

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

Medicare: información de contacto	
	• Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que ofrecen. • Busque médicos u otros proveedores de atención médica y suministros que participan en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y visitas anuales de "bienestar"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, residencias para ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidados a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute: **Para presentar una queja ante Medicare,** visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas en serio y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrecen ayuda, información y respuestas de forma gratuita a sus preguntas sobre Medicare. Esta es una lista de los Programas Estatales de Asistencia sobre Seguros Médicos en cada estado en los que prestamos servicios:

- En Maryland, el SHIP se llama Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- En Washington, D.C., el SHIP se llama Proyecto de Asesoría sobre Seguros Médicos.

El State Health Insurance Assistance Program es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que obtiene fondos del Gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas que tienen Medicare.

Los asesores de State Health Insurance Assistance Program pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas acerca de su atención médica o tratamiento y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores de State Health Insurance Assistance Program también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare, ayudarle a comprender sus opciones dentro del plan de Medicare y responder a sus preguntas relacionadas con el cambio de un plan a otro.

State Health Insurance Assistance Program (Maryland SHIP) Información de contacto	
Llame	410-767-1100 o 800-243-3425
TTY	711
Escriba	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 36 S Charles Street, 12th Floor Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Health Insurance Counseling Project (Washington D.C. SHIP) Información de contacto	
Llame	202-727-8370
TTY	711
Escriba	Health Insurance Counseling Project D.C. Department of Aging 250 E Street SW Washington, DC 20024
Sitio web	https://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO)

Una Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) designada sirve a las personas con Medicare en cada estado. Para Maryland and Washington D.C., la Organización de Mejoramiento de Calidad se llama Commence Health.

Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes Medicare paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que reciben las personas cubiertas por Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja acerca de la calidad de la atención médica que recibió. Ejemplos de preocupaciones sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de los servicios de atención médica domiciliaria, atención de un centro de enfermería especializada o de un Centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Commence Health(Organización de Mejoramiento de Calidad de Maryland y Washington D.C.): información de contacto	
Llame	888-396-4646 De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. (hora local), sábados, domingos y feriados, de 10 a. m. a 4 p. m. (hora local). El servicio de correo de voz está disponible las 24 horas.
TTY	711
Escriba	Commence Health BFCC-QIO 10820 Guilford Road Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y administra la inscripción en Medicare.

Si se muda o cambia su dirección postal, debe comunicarse con el Seguro Social para informarles al respecto.

Seguro Social: información de contacto	
Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Use los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.
Sitio web	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos. Algunas personas que reciben beneficios de Medicare también pueden ser elegibles para Medicaid. Los programas que ofrece Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario Especificado de Medicare con Ingresos Bajos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo Calificado (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos Discapacitados y Empleados Calificados (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorros de Medicare y Medicaid, comuníquese con Maryland Medical Assistance o DC Medicaid.

Maryland Medical Assistance: información de contacto	
Llame	410-767-6500 o 877-463-3464 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5 p. m.
TTY	800-735-2258
Escriba	Maryland Department of Health 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://mmcp.health.maryland.gov

DC Medicaid: información de contacto	
Llame	202-671-4200 de lunes a viernes de 8:15 a. m. a 4:45 p. m.
TTY	711
Escriba	Washington D.C. Department of Human Services 64 New York Ave, NE, 6th Floor Washington, DC 20002
Sitio web	https://dc.gov/service/medicaid

SECCIÓN 7 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, debe informarles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna consulta con respecto a los beneficios que le corresponden de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, llame a la agencia.

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

SECCIÓN 8 Si tiene algún seguro grupal o algún otro seguro médico de su empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador (o del empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios médicos, las primas o el período de inscripción de su empleador (o del empleador de su cónyuge o pareja de hecho) o del grupo de jubilados. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos en el dorso de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare bajo este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:
Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre cómo utilizar nuestro plan para que su atención médica esté cubierta. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término “proveedores” también incluye 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 tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su monto de costos compartidos como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos emiten directamente una factura a nosotros por la atención que usted recibe. Cuando visite a un proveedor de la red, normalmente pagará solo la parte que le corresponde por el costo de los servicios cubiertos.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y el equipo que cubre nuestro plan. Sus servicios cubiertos de atención médica se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener atención médica cubierta por nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y debe cumplir todas las reglas de cobertura de Medicare Original.

En general, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cubrirá su atención médica si:

- **La atención médica que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.

- **La atención médica que recibe se considera médicamente necesaria**. Médicamente necesaria significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **Recibe la atención de un proveedor que es elegible para prestar servicios de conformidad con Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (consulte la Sección 2 para obtener más información).
  - Los proveedores de nuestra red aparecen en el *Directorio de Proveedores* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.html.
  - Si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por los servicios cubiertos sea mayor.
  - Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de la atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si consulta a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que es elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores dentro y fuera de la red para obtener atención médica

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

Definición de “PCP” y qué tipo de servicios presta un PCP

Un PCP es un proveedor de atención primaria. El PCP puede ayudar a administrar su atención médica general y puede ayudarle a coordinar servicios con otros proveedores de atención médica. El PCP no es responsable de obtener la autorización para los servicios prestados por un especialista cuando esta es necesaria. La autorización es responsabilidad del especialista u otro proveedor. Su PCP puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red.

Cómo elegir un PCP

Consulte el Directorio de Proveedores para encontrar proveedores en su área que acepten nuevos pacientes y comuníquese con ellos para programar una cita.

Cómo cambiar de PCP

Puede cambiar de PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. También es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted deba elegir un nuevo PCP.

Sección 2.2 Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas
- Los ortopedas atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, de las articulaciones o de los músculos

No es necesario que obtenga una remisión de un PCP para que visite a un especialista u otros proveedores.

Es posible que se necesite autorización previa para determinados servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa). La autorización se puede obtener del plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntar al plan si cubrirá un servicio antes de que se preste. Usted o su proveedor pueden solicitar que esta determinación sea por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si decimos que no cubriremos sus servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención. En el Capítulo 7 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas]), se ofrece más información sobre qué hacer si quiere que tomemos una determinación de cobertura o si quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.

Nota: Es importante saber de antemano qué es lo que Medicare cubrirá o no. Asegúrese de preguntar a su proveedor si un servicio está cubierto. Los proveedores deben informarle cuando algo no está cubierto y darle una aviso por escrito, o informarle verbalmente, cuando Medicare no cubre el servicio.

Cuándo un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le informaremos que su proveedor abandona el plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.

    - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para la atención continua.
- Si se está sometiendo a un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.
- Le daremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con costos compartidos dentro de la red. Se necesita autorización previa del plan.
- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que gestione su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención ante nuestro plan, o ambas quejas (consulte el capítulo 7).

Sección 2.3 Cómo recibir atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de los proveedores dentro o fuera de la red, siempre que los servicios sean beneficios cubiertos y se consideren necesarios desde el punto de vista médico. Sin embargo, **si consulta a un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por los servicios cubiertos sea mayor.** A continuación, se indican otros aspectos importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede recibir atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, ese proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que es elegible para participar en Medicare.
- No necesita una remisión ni una autorización previa cuando reciba atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, pida una determinación de cobertura previa a la visita para confirmar que los

servicios que recibe están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte el capítulo 7, sección 4, para obtener información sobre cómo solicitar determinaciones de cobertura). Esto es importante por los siguientes motivos:

- Sin una determinación de cobertura antes de la visita, podemos denegar la cobertura si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos por nuestro plan o no eran necesarios médicamente; en cuyo caso usted será responsable del costo total. Si decimos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir
  su atención (consulte el capítulo 7 para obtener información sobre cómo presentar una apelación).

- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture primero a nuestro plan. Sin embargo, si ya pagó por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para el pago (consulte el capítulo 5).
- Si utiliza un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, los servicios de urgencia o diálisis fuera del área, es posible que no tenga que pagar un monto de costos compartidos más alto (consulte la sección 3).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o urgencia

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de medicina y salud consideran que usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que fallezca (y, en caso de estar embarazada, pierda al bebé), que pierda una extremidad o pierda la función de una extremidad, o que afecte gravemente las funciones corporales. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

En caso de una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda cuanto antes.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Pida una ambulancia si la necesita. No necesita obtener primero una aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal pertinente, incluso si no forma parte de nuestra red. También cubrimos servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Debemos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros al 833-536-2001 De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Esta información también aparece en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute y en la contraportada de este folleto de Evidencia de Cobertura.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencia con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le proporcionen atención de emergencia determinarán cuándo su estado es estable y si la emergencia médica ha concluido.

Luego de que la emergencia médica haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para estar seguro de que su estado sigue siendo estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que sus médicos se comuniquen con nosotros y planifiquen la atención adicional. La atención de seguimiento está cubierta por nuestro plan.

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica, siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro, cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico diga que no se trataba de una emergencia, el monto de costos compartidos que usted pague dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Si recibe atención de proveedores de la red, su parte de los costos generalmente será menor que si recibe atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Cómo recibir atención si tiene una urgencia

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio. servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes.

Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los chequeos anuales, no se consideran requeridos urgentemente incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Puede recibir atención de urgencia a través de centros de atención de urgencia o mediante telesalud y opciones en línea. Su *directorio de proveedores* incluye una lista de centros de atención de urgencia que forman parte de la red. También puede aprovechar las opciones remotas, como los servicios de telesalud adicionales (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del capítulo 4 para obtener más información).

Los servicios médicos de urgencia están cubiertos a nivel mundial.

Solo están cubiertos los servicios prestados en un entorno de atención de urgencia. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su atención de urgencia no están cubiertos por el plan.

Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración del reembolso (menos cualquier costo compartido aplicable al miembro). El transporte y la repatriación no están cubiertos.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 (Sección 1).

Nuestro plan cubre servicios de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias.

- la atención es necesaria para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia; o
- los servicios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata.

Solo están cubiertos los beneficios prestados en un entorno de sala de emergencias. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su emergencia no están cubiertos por el plan.

Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración del reembolso (menos cualquier costo compartido aplicable al miembro). El transporte y la repatriación no están cubiertos.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 (Sección 1).

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario del U.S. Department of Health and Human Services o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite www.carefirst.com/medicareadvantage para obtener información sobre cómo recibir la atención médica necesaria durante un desastre.

Si durante un desastre no puede utilizar un proveedor de la red, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con el mismo costo compartido que se requiere dentro de la red.

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

Si pagó una monto mayor que el de la distribución de costos del plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Si pagó más que nuestro costo compartido del plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre lo que debe hacer.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Si usted recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de agotar el beneficio no se tendrá en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, como por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte

del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, usted solo deberá pagar el costo compartido dentro de la red para los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita comunicarnos ni obtener nuestra aprobación. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan ser parte de la red de nuestro plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de pruebas [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos en investigación [IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

Una vez que se registra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas durante una hospitalización que Medicare pagaría aunque usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos colaterales y las complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare pague su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos en Medicare Original y los costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que el monto que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre el envío de solicitudes de pagos.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de $100. Su parte del costo de estos análisis es de $20 con Medicare Original, pero tendrían un costo de $10 con nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requerido por Medicare Original. A continuación, deberá informar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación (como la factura del proveedor) al plan. Entonces, nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto

hace que el pago neto por los análisis sea de $10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no participa en el estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubre los gastos por CT (tomografía computarizada) mensuales que se realizan como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.
- Artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier persona inscrita en el ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

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

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Sección 6.1 Una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

Una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica es un centro que proporciona atención para una afección que usualmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada va contra las creencias religiosas de un miembro, en su lugar cubriremos la atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica. Este beneficio es exclusivo de los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica

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

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuados** son cualquier tipo de atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no sea exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médico **exceptuados** son cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que no sea *involuntario* o sea *exigido* por las leyes federales, del estado o locales.

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

- El centro que proporciona la atención médica debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si esta institución le proporciona servicios en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en un hospital para pacientes hospitalizados o en un centro de enfermería especializada;
  - *-y-* debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ingresar al centro, o su hospitalización no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de atención en el hospital para pacientes hospitalizados y centro de enfermería especializada de Medicare. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para obtener más detalles.

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

Sección 7.1 Usted no será propietario de ningún equipo médico duradero después de realizar un número determinado de pagos según nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como el equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos de DME, como los dispositivos protésicos. Otros tipos de DME deben alquilarse.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad del equipo luego de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estaba en nuestro plan, tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para ser propietario del artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que usted hizo en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba inscrito en nuestro plan. Luego regresó a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 pagos nuevos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Medicare Original. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Normas para los equipos de oxígeno, los suministros y el mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno.
- Suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la administración de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Mantenimiento y reparaciones de equipos de oxígeno.

Si usted abandona CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute o ya no necesita equipos de oxígeno desde el punto de vista médico, entonces se debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le proporcione servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por seguir con la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar, incluso si se queda con la misma compañía, y deberá pagar nuevamente los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:
Cuadro de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos

El Cuadro de Beneficios Médicos enumera los servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute. En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y sobre las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que debe pagar por los servicios cubiertos

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

- **Copago:** el monto fijo que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayor parte de las personas que son elegibles para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Según nuestro plan, existen 2 límites diferentes sobre lo que paga de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red (MOOP)** es de $5,900. Este es el monto máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores dentro de la red. Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para este monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por primas del plan y servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Estos servicios aparecen marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos). Si usted paga $5,900 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año cuando consulte a nuestros proveedores de la red. Sin embargo, usted debe seguir pagando nuestra prima del plan y la prima de Medicare Part B (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).
- Su **monto máximo de gastos de bolsillo combinados** es de $8,950. Este es el monto máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo combinados. (Los montos que paga por nuestras primas del plan no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo combinados. Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para su monto máximo de gastos de bolsillo combinados. Estos servicios aparecen marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si usted paga $8,950 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, usted cuenta con una protección importante porque solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se conoce como **facturación de saldos**. Esta medida de protección tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (un monto fijo de dólares, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solo ese monto por cualquier servicio cubierto recibido de un proveedor de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando obtenga atención de proveedores fuera de la red.

- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto está establecido en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si usted cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra en las siguientes páginas, se enumeran los servicios que cubre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute y los gastos de bolsillo que usted paga por cada servicio. Los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos se cubren solo cuando se reúnen estos requisitos:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos según las pautas de cobertura por Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, el plan de atención coordinada de MA debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si este fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Algunos de los servicios que se detallan en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (llamada algunas veces autorización previa).
  - Los servicios cubiertos que se detallan en el Cuadro de Beneficios Médicos y que necesitan aprobación por adelantado para que se los considere como servicios cubiertos dentro de la red aparecen destacados en cursiva.
  - Nunca necesitará aprobación por adelantado para servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.

- Aunque no necesita aprobación por adelantado para servicios fuera de la red, usted o su médico pueden pedirnos que tomemos una determinación de cobertura con antelación.

Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costos compartidos es un porcentaje de coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que recibe los servicios:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, debe pagar el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En el caso de otros beneficios, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual *Medicare y Usted 2026*. Véalo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de los servicios preventivos cubiertos sin costo conforme a Medicare Original, también cubrimos estos servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si usted recibe tratamiento o control para una afección médica existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se puede aplicar un copago por la atención recibida para dicha afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de nuevos servicios durante 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.

Beneficios complementarios especiales para el enfermo crónico: Información importante sobre los beneficios para afiliados con afecciones crónicas

Si le diagnostica cualquiera de las afecciones crónicas que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, puede ser elegible para recibir beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas:

- Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por abuso de sustancias (SUD).
- Trastornos autoinmunes.
- Cáncer.
- Trastornos cardiovasculares.
- Insuficiencia cardíaca crónica.
- Demencia.

- Diabetes mellitus.
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico.
- Enfermedad gastrointestinal crónica.
- Enfermedad renal crónica (CKD).
- Trastornos hematológicos graves.
- VIH/SIDA.
- Trastornos pulmonares crónicos.
- Enfermedades mentales crónicas e incapacitantes.
- Trastornos neurológicos.
- Accidente cerebrovascular.
- Posterior a un trasplante de órganos.
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores.
- Afecciones asociadas con deterioro cognitivo.
- Afecciones con desafíos funcionales.
- Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato.
- Afecciones que requieren servicios terapéuticos continuos para que las personas mantengan o conserven su funcionamiento.
- Bajo peso crónico.

Los miembros deben dar fe de tener una o más de las condiciones crónicas enumeradas anteriormente y el plan puede optar por confirmar el diagnóstico a través de la revisión de reclamaciones.

- Para obtener más detalles, consulte la fila Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en el Cuadro de Beneficios Médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

 **Esta manzana muestra los servicios preventivos en el Cuadro de Beneficios Médicos.**

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
 **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal** Una sola prueba de detección de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
prueba de detección si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico, enfermera especializada o especialista de enfermería clínica.	detección preventivo.	alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como: • aquel que dura 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una afección metastásica, inflamatoria, enfermedad infecciosa, etc.); • no está asociado con una intervención quirúrgica; y • no está asociado con el embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos (según se define en la sección 1861[r][1] de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), personal de enfermería profesional (NP) o especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se indica en la sección 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen lo siguiente:	$0 de copago en el consultorio de un PCP o $35 de copago en el consultorio de un especialista por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. $20 de copago por cualquier servicio de acupuntura adicional además de los servicios cubiertos por Medicare (12 visitas por año calendario). Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM). • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar acupuntura en un Estado, Territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras reglamentaciones del título 42 del CFR, artículos §§ 410.26 y 410.27. Nuestro plan también cubre servicios de acupuntura de rutina, además de los servicios de acupuntura para dolor lumbar crónico.		
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o no, incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	*Puede requerirse autorización previa para los servicios que no son de emergencia.* $240 de copago por cada viaje de ida en ambulancia por tierra cubierto por Medicare. 20% por cada viaje en ambulancia por aire cubierto por Medicare. Este copago no se elimina si ingresa en un hospital.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Examen físico anual El plan cubre un examen físico de rutina, además de la visita anual de bienestar, una vez al año. Este examen incluye un historial médico o familiar detallado, así como una evaluación detallada completa con un examen práctico de todos los	$0 de copago por un examen físico anual (1 por año calendario).	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
aparatos y sistemas del cuerpo. Los servicios adicionales incluyen, según corresponda, pedidos de seguimiento o remisiones a otros profesionales, análisis de laboratorio, exámenes clínicos, electrocardiogramas (EKG), recomendaciones de exámenes preventivos, vacunas y asesoramiento sobre comportamientos saludables.		alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
 **Visita preventiva anual** Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una visita preventiva anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no es necesario que haya realizado una visita de *Bienvenida a Medicare* para tener cobertura para visitas de bienestar anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva anual.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
 **Mediciones de masa ósea** Para las personas que reúnen los requisitos (generalmente, son personas con riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluido un informe médico de los resultados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubiertas por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
 **Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)** Los servicios cubiertos incluyen:	No se aplica coseguro, copago	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.	ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.	Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplan ciertos requisitos con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	$10 de copago por cada consulta de rehabilitación cardíaca intensiva o servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Prueba de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
 **Prueba de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino** Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los tactos vaginales están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de sufrir cáncer de cuello uterino o vaginal, o si usted se encuentra en edad fértil y obtuvo un resultado no normal de la prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. • Nuestro plan también cubre servicios quiroprácticos de rutina, además de la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.	*Puede requerirse autorización previa solo para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.* $10 de copago por cada visita quiropráctica cubierta por Medicare. $10 de copago por cualquier servicio quiropráctico adicional además de los servicios cubiertos por Medicare (12 visitas por año calendario). Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
	para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	
Servicios de tratamiento y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, el control de la medicación y la coordinación y planificación de la atención.	Los costos compartidos de este servicio variará según los servicios individuales proporcionados durante el curso del tratamiento. Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los montos de los costos compartidos. Lo más probable es que estos servicios se brinden a través de un PCP o un especialista y sus costos compartidos serían los siguientes: $0 de copago por cada visita a un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare o por cada visita de telesalud. $35 de copago por cada visita a un especialista	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
	cubierta por Medicare.	
 **Prueba de detección de cáncer colorrectal** Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y no tiene coseguro, copago ni deducible en nuestro plan. $0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses • DNA en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva cubierta por Medicare arroja un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con el mismo encuentro clínico que la prueba de detección, como resultado de este y en este mismo encuentro.		
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como las limpiezas, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga en la actualidad los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Los ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para un cáncer que afecte la mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante de órganos.	*Se puede requerir una revisión clínica para los servicios dentales no preventivos.* $40 de copago por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de los	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
Además, cubrimos servicios dentales preventivos e integrales. Para obtener más información acerca de la cobertura dental adicional que el plan proporciona, consulte el cuadro que aparece después del Cuadro de beneficios médicos.	gastos de bolsillo (MOOP). **Servicios preventivos:** Limpiezas: $0 de copago por servicio Exámenes bucales: $0 de copago por servicio Radiografías: $0 de copago por servicio Tratamiento con fluoruro: $0 de copago por servicio **Servicios integrales adicionales:** Nuestro plan también cubre servicios dentales integrales adicionales, hasta un monto máximo de beneficios de $1,000 por año calendario. Extracciones: $40 a $100 Servicios generales complementarios: $15 a $30 Endodoncia: $100 a $200 Periodoncia: $50 a $300	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
	Servicios de restauración: $15 a $400 Servicios de implantes: $70 a $500 Prótesis removibles: $30 a $700 Prótesis fijas: $40 a $400 Cirugía bucal y maxilofacial: $40 a $100 Servicios generales complementarios: $15 a $30 Para obtener información sobre la cobertura dental preventiva e integral, consulte el cuadro que aparece después del Cuadro de Beneficios Médicos.	
 **Prueba de detección de depresión** Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una visita anual de prueba de detección de depresión.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si usted reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todos los pacientes diabéticos (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • Suministros para monitorizar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores. • Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético: un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y 2 pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado). La cobertura incluye la adaptación a medida.	$0 de copago para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. 15% de coseguro para zapatos y plantillas ortopédicas cubiertos por Medicare. $0 de copago por cada capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. En las farmacias de la red se prefieren los productos True Metrix y Accu-Chek. Para otros medidores de glucosa en sangre o tiras reactivas, póngase en contacto con su proveedor de DME. Podemos aplicar límites de cantidad para ciertos suministros para la diabetes de la Parte B. Si la solicitud excede los límites de cantidad, es posible que se requiera una revisión.		
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el capítulo 10 y el capítulo 3, sección 7). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que haga una orden especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del vendedores proveedor.* Su costo compartido por la cobertura de los equipos de oxígeno de Medicare es de 15% de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses. Si antes de inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute realizó 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
	equipos de oxígeno, su costo compartido en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute es de 15% de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare.	
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente. Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son los mismos cuando obtiene estos servicios prestados dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta a nivel mundial. Solo están cubiertos los beneficios prestados en un entorno de sala de emergencias. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes	$110 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago se elimina si le ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección médica. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita hospitalización después de que se estabilice la afección de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para pagar el monto de costos compartidos dentro de la red por la parte de su estadía después que le hayan estabilizado. Si se queda en un hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero pagará el monto de costos compartidos fuera de la red por la parte de su estadía después de su estabilización. **Cobertura de emergencia a nivel mundial:** ***Los beneficios de emergencia a nivel mundial NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).*** $0 de copago por cada visita a la sala de emergencias en todo el mundo. $50,000 (USD) de límite combinado por año para servicios de atención urgente y de emergencia prestados fuera de los EE. UU. y sus territorios.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
hospitalizados relacionados con su emergencia no están cubiertos por el plan. Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración del reembolso (menos cualquier costo compartido aplicable al miembro). El transporte y la repatriación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 (Sección 1).		
Beneficio para acondicionamiento físico (SilverSneakers) **Membresía en SilverSneakers®** SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes[1], donde puede tomar las clases[2] y usar equipos de ejercicio y otros servicios, sin costo adicional para usted. Inscríbase en tantas ubicaciones como desee, en cualquier momento. También tiene acceso los siete días de la semana a las clases en línea de ejercicio grupal especialmente diseñadas y dirigidas por instructores con SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le brinda opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros recreativos, parques y otras ubicaciones cercanas. SilverSneakers también le conecta a una red de apoyo y recursos en línea a través de SilverSneakers On-Demand y la aplicación móvil SilverSneakers GO. Active su cuenta en línea gratuita en SilverSneakers.com para ver su número de identificación de miembro de SilverSneakers y explorar todo lo que SilverSneakers tiene para ofrecer. Para preguntas	$0 de copago por todos los servicios detallados. El beneficio está cubierto solo a través del proveedor contratado del plan.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
adicionales, consulte SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., ET. **Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.** [1] Los lugares participantes (PL) no pertenecen ni operan a través de Tivity Health, Inc. ni sus filiales. El uso de las instalaciones y los servicios de los PL se limita a los términos y condiciones de la membresía básica en las PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL. La inclusión de lugares participantes (PL) específicos no está garantizada y la participación de PL puede diferir según el plan de salud. [2] La membresía incluye las clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunas ubicaciones ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación. SilverSneakers es una marca comercial registrada de Tivity Health, Inc. © 2025 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.		
Programas educativos sobre salud y bienestar Nuestros programas de salud y bienestar están diseñados para mejorar la salud y la calidad de vida de los miembros. Estos programas se centran en mejorar los resultados de salud, incluidas las condiciones crónicas. Nuestro plan cubre lo siguiente: - Acceso a la biblioteca de salud de CareFirst (https://www.carefirst.com/wellness) que contiene información útil acerca de la gestión de la salud y el bienestar, así como enlaces a recursos exclusivos de CareFirst.	$0 de copago por todos los servicios detallados.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
- Evaluación en el hogar: es una evaluación anual específica para realizar una evaluación integral de su estado de salud en su hogar con un médico clínico de práctica avanzada. Esta evaluación se compartirá con su PCP a fin de ayudar a iniciar servicios de atención proactiva para ayudar a controlar su salud durante todo el año. Reciba asistencia para revisar y respaldar cualquier necesidad de salud inmediata que pueda tener, investigar y ayudar a aprovechar al máximo el uso de los beneficios del plan de salud. Para obtener más información, comuníquese al 1-800-558-9922 (TTY: 711).		
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y de equilibrio realizadas por su PCP *O* proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado. Además de los beneficios cubiertos por Medicare, también cubrimos lo siguiente a través de NationsHearing:	$30 de copago por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio cubierto por Medicare. $0 de copago por un examen auditivo de rutina (una vez por año calendario). Audífonos: $0 de copago por cada audífono de nivel estándar $175 de copago por cada audífono de nivel básico $475 de copago por cada audífono de nivel superior $775 de copago por cada audífono de nivel preferido $1,075 de copago por cada audífono de nivel avanzado	50% de coseguro por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Exámenes de audición de rutina: un examen al año • Audífonos: dos audífonos al año • Evaluaciones para el ajuste del audífono: una evaluación/ajuste de audífono al año • Los exámenes de audición de rutina y los audífonos están cubiertos por un proveedor que también proporciona los siguientes servicios: • Garantía de devolución del dinero de sesenta (60) días • Tres (3) visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha de ajuste • Sesenta (60) baterías por año por audífono • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo de 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados • Primer par de moldes auriculares, cuando sea necesario Nuestro plan tiene un contrato con NationsHearing para prestar sus servicios de audición no cubiertos por Medicare. Debe obtener los audífonos de un proveedor NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al (877) 246-1666 (TTY: 711) para obtener más información o para programar una cita.	$1,475 de copago por cada audífono de nivel premium Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP). El beneficio está cubierto solo a través del proveedor contratado del plan. $0 de copago por un ajuste y evaluación para una visita de audífonos (una vez por año calendario). El beneficio está cubierto solo a través del proveedor contratado del plan.	
 **Prueba de detección de VIH** Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de una infección por VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.		
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y deberá ordenar tales servicios a una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de auxiliar de atención médica domiciliaria y de enfermeras de tiempo parcial o intermitente. (Para estar cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* $0 de copago por las visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Terapia de infusiones en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar las infusiones en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del vendedores proveedor.* $35 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • El entrenamiento y capacitación del paciente que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar.		
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de atención de respiro a corto plazo • Atención a domicilio Cuando usted ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si decide quedarse en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan.	Cuando se inscribe en un programa de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original y no CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Saluteefectúa el pago de los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de cuidado paliativo y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de cuidado paliativo, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Medicare Original los servicios pagados por Medicare Original. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original. **Para servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y que no están relacionados con un pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que acuda a un proveedor de la red de nuestro plan y de que siga las normas del plan (como si hubiera un requisito de obtener una autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente paga el monto correspondiente de los costos compartidos de nuestro plan por servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos conforme a Medicare Original. **Para servicios que están cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, pero no están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare:** CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, ya sea que estén vinculados o no con un pronóstico terminal.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
Usted paga el monto de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. **Nota:** Si necesita cuidado no paliativo (atención que no esté relacionada con un pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.		
 **Inmunizaciones** Entre los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare, se incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/ influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el otoño y en el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de la Parte B de Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.	
Atención en hospital para pacientes hospitalizados Incluye, entre otros, servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación y atención a largo plazo. La atención en un hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* Por cada hospitalización cubierta por Medicare: $335 por día para los días 1 a 5, $0 de copago por día para los días 6 a 90 Por cada hospitalización	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de atención intensiva o coronaria) • Medicamentos y medicinas • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófano y habitación de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, riñón-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del modelo de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute provee servicios de trasplante en un lugar fuera del modelo de atención para trasplantes en su comunidad y usted opta por recibir trasplantes en este lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los gastos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. Todos los planes Medicare Advantage de CareFirst brindan cobertura para viajes y alojamiento relacionados con el trasplante de	cubierta por Medicare, usted debe pagar el costo compartido aplicable a partir del día 1 cada vez que le admiten como paciente hospitalizado. Los costos compartidos no se aplican a la fecha del alta.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
órganos para miembros elegibles con una autorización previa aprobada para un trasplante de órgano cubierto por Medicare realizado en un lugar distante. El período de beneficio para un trasplante cubierto comienza cinco días antes del trasplante y se extiende durante todo el episodio de atención médica del paciente trasplantado (sin exceder un año a partir de la fecha del trasplante). Los gastos de viaje y alojamiento están cubiertos para el destinatario (excluida la hospitalización) y su acompañante, sujetos a la elegibilidad del destinatario y a una autorización previa aprobada. El reembolso máximo total combinado permitido para viajes y alojamiento por episodio de atención médica de trasplante es de $5,000 al año. Los gastos de alojamiento están limitados a un máximo de $150 por día, lo que se aplica al máximo anual combinado de $5,000. Para obtener más información, consulte la Política de reembolso por servicios de trasplante. • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para que usted pase a ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para que usted quede formalmente hospitalizado en el hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con seguridad si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en https://	Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red luego de que su afección de emergencia esté estable, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.		
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico • Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención médica mental que requieren hospitalización. • Medicare limita a un máximo de 190 días los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se prestan en hospitales psiquiátricos. Estos 190 días se conocen como "límite de por vida". • El límite de 190 días de por vida no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados brindados por una unidad psiquiátrica de un hospital general. • Nuestro plan cubre 90 días de servicios de atención médica mental para pacientes hospitalizados por admisión. También cubrimos 60 días adicionales a su límite de por vida. Estos se denominan "días de reserva de por vida". Si necesita más de 90 días de atención médica mental para pacientes hospitalizados, puede utilizar sus días de reserva de por vida. Una vez que se hayan utilizado estos días de reserva de por vida, su cobertura para atención médica mental para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días por admisión.	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* Por cada hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare: $245 de copago por los días 1 a 5, $0 de copago por los días 6 a 90	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Hospitalización: Servicios cubiertos que se reciben en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si se han agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos cubriremos algunos tipos de servicios que usted reciba mientras se encuentre en el hospital o en el centro de enfermería	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* Usted paga los costos compartidos	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radiografía, radioterapia y terapia isotópica, incluidos materiales y servicios de técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Dispositivos protésicos y ortóticos (no dentales) que se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la afección física del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	correspondiente por los servicios como si se proporcionaran de manera ambulatoria. Consulte el beneficio correspondiente en el Cuadro de Beneficios Médicos de esta Evidencia de cobertura.	
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no reciben diálisis) o luego de un trasplante de riñón ordenado por su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian,	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
existe la posibilidad de recibir más horas de tratamiento con una orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año calendario.		
 **Programa de Prevención de Diabetes de Medicare (MDPP)** **Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Medicamentos la Parte B de Medicare **Estos medicamentos están cubiertos según la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura por estos medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes:** • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan.	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* 0-20% de coseguro para medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. 0-20% de coseguro para otros medicamentos e insulina cubiertos por la Parte B de Medicare. El costo compartido de	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• El medicamento contra el Alzheimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.	insulina está sujeto a un límite de $35 por el suministro de un mes. Los medicamentos de Medicare Part B pueden estar sujetos a los requisitos de la terapia escalonada.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del fármaco inyectable. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato bajo el sistema de pago ESRD, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones determinadas (como Epogen®, Procrit® Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) El siguiente enlace le dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a la terapia escalonada: https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/medicare-part-b-prescription-drugs.html. También se cubren otras vacunas según nuestros beneficios de medicamentos de la Parte B.		
Prueba de detección de obesidad y terapia para promover un adelgazamiento constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de obesidad y terapias preventivas.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Servicios de programas para tratamiento con opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología	$40 de copago por cada servicio del programa de tratamiento de opioides.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas		
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones • Análisis de laboratorio • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Pruebas de diagnóstico que no se realizan en el laboratorio, como tomografías computarizadas, MRI, EKG y tomografías por PET cuando su médico u otro proveedor de atención médica les ordena tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	*Puede requerirse autorización previa para las pruebas y servicios que no son de rutina.* $50 de copago por cada procedimiento o prueba de diagnóstico cubierta por Medicare. $0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare (por día por centro). $200 de copago por cada servicio de diagnóstico por imágenes cubierto por Medicare. $0 de copago por mamografías de diagnóstico $50 de copago por cada servicio de medicina nuclear cubierto por Medicare. 20% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
	$20 de copago por cada servicio de radiografías cubierto por Medicare. $0 de copago por servicios de sangre cubiertos por Medicare. 15% de coseguro del costo total de los dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare y los suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos.	
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* $250 de copago por cada servicio hospitalario de observación para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos correspondientes de los costos compartidos por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe consultarle al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja informativa está disponible en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048.		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como por ejemplo servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención médica mental, que incluye la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento de hospitalización sin ella	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* $250 de copago por cada visita al centro para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. de copago por determinados servicios hospitalarios ambulatorios. $200 de copago por cada visita al	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. **Nota:** a menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos correspondientes de los costos compartidos por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	Centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare. de copago por servicios selectos recibidos en un centro de cirugía ambulatoria. Para ver los montos de costos compartidos que pagará, consulte otras secciones del Cuadro de beneficios médicos para conocer los servicios que podrían aplicarse en un entorno de cuidados ambulatorios, tales como: • Hospitalización parcial • Atención de emergencia • Medicamentos recetados de Medicare Part B • Equipo médico duradero	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
	• Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, incluidas las de laboratorio y radiografías; cirugía ambulatoria	
Atención médica mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: Los servicios de salud médica mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional matriculado (LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT), enfermera especializada (NP), auxiliar médico (PA) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	$10 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con cualquier tipo de profesional de la salud mental. $0 de copago por visita de telesalud. $10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con cualquier tipo de profesional de la salud mental. $0 de copago por cada visita de telesalud.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación como paciente ambulatorio se proveen en diversos entornos	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.*	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.	alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Servicios ambulatorios por trastornos por uso de sustancias Los servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen varios niveles de atención: • Tratamiento ambulatorio en consultorio • Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP) • Programas de hospitalización parcial (PHP) • Tratamiento residencial. • Atención a pacientes hospitalizados, incluida la desintoxicación. Todos los niveles de atención pueden incluir: asesoramiento individual o grupal, y tratamientos asistidos por medicamentos.	$40 de copago por cada visita de tratamiento individual por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $20 de copago por cada visita de tratamiento grupal por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo considerará un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* $250 de copago por cada visita al centro para pacientes ambulatorios	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
compartidos por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.	cubierta por Medicare. $200 de copago por cada visita al Centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.	
Artículos de venta libre (OTC) Se proporciona una asignación para la compra de productos de venta libre (OTC) mediante el servicio de envío por correo, que puede usarse para adquirir una amplia selección de medicamentos, suministros y productos de cuidado personal que están disponibles sin receta. Entre los ejemplos de artículos OTC se incluyen los siguientes: vendas adhesivas o elásticas, antihistamínicos, analgésicos, descongestionantes, antiinflamatorios, antisépticos, somníferos, suplementos, suministros para la incontinencia, medias de compresión, dentífricos, adhesivos para dentaduras postizas, limpiadores de dentaduras postizas y estimuladores de encías. El catálogo de productos OTC contiene un listado completo de todos los medicamentos, suministros y productos de cuidado personal OTC cubiertos por el plan, así como el precio de cada artículo. Los productos y marcas disponibles pueden cambiar durante el año y están sujetos a disponibilidad. Se aplican límites de cantidad para artículos seleccionados. Visite el sitio web del plan para acceder al catálogo y solicitar artículos.	Los miembros recibirán una asignación trimestral de $40 para cualquier pedido por correo de artículos venta libre (OTC) a través de nuestro proveedor	
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se brinda como un servicio ambulatorio	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.*	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
hospitalario o es ofrecido por un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o terapeuta profesional matriculado. Se trata de una alternativa a la internación en el hospital. El *servicio ambulatorio intensivo* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	$20 de copago por cada hospitalización parcial o servicio intensivo para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.	Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP *O* un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico. • Determinados servicios adicionales de telesalud, incluidos aquellos para lo siguiente: Proveedor de atención primaria, especialista, atención de la salud mental (individual o grupal), atención de la salud mental con un psicólogo (individual o grupal) y servicios	$0 de copago por cada visita a un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare o por cada visita de telesalud. $35 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare o por cada visita de telesalud. $10 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con cualquier tipo de profesional de la	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
requeridos urgentemente. Los servicios solo se prestarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red lo considere clínicamente adecuado para el servicio. ◦ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. ◦ Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: ▪ Visitas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede prestar atención en este formato según lo determine un proveedor dentro y fuera de la red. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las visitas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si:	salud mental. $0 de copago por visita de telesalud. $10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con cualquier tipo de profesional de la salud mental. $0 de copago por cada visita de telesalud. $25 de copago por cada visita de atención de urgencia en persona cubierta por Medicare. $0 por visita virtual de atención de urgencia.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud. • Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. • En determinadas circunstancias, pueden realizarse excepciones a lo mencionado anteriormente. • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos **si**: • usted no es un paciente nuevo **y** • el chequeo no está relacionado con una visita al consultorio que haya realizado en los últimos 7 días **y** • el chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Evaluación del video o de las imágenes que le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: • usted no es un paciente nuevo **y** • la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio que haya realizado en los últimos 7 días **y** • la evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico)		
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Atención del pie de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores Además de los servicios de podología cubiertos por Medicare más arriba, también ofrecemos lo siguiente: • Atención de rutina de los pies no cubierta por Medicare para los miembros con determinadas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$10 de copago por cada visita de podiatría cubierta por Medicare. $10 de copago por cualquier servicio de podiatría adicional además de los servicios cubiertos por Medicare (12 visitas por año calendario combinadas dentro y fuera de la red). Los servicios no cubiertos por Medicare (servicios de rutina) no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red 12 visitas por año calendario combinadas dentro y fuera de la red. Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP vía oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos el costo de la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. Una sola prueba de detección del virus de la hepatitis B.		de gatos de bolsillo.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Examen de antígeno prostático específico (PSA)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de PSA. $0 de copago por cada tacto rectal cubierto por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Se trata, entre otros, de pruebas, ajustes o formación en el uso de prótesis y aparatos ortopédicos; así como: atención de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico tras una mastectomía). Incluye también determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del vendedores proveedor.* 15% de coseguro del costo total de los dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare y	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
sustitución de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas; consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla para obtener más información.	los suministros médicos relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	$10 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos pruebas de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted consume alcohol en forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los **miembros elegibles son** personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas	No se debe abonar un coseguro, copago ni deducible por las visitas de asesoramiento y de toma de decisiones compartida cubiertas por	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
de cáncer de pulmón, pero que tienen historial de consumo de tabaco de al menos 20 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que dejaron de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que realiza un médico o un especialista no médico calificado. *Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de prueba de detección de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.	Medicare ni por la LDCT.	
 **Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C** Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de servicios de salud calificado ordena una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o consumió drogas inyectables ilícitas. • Recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera una persona de alto riesgo, pagamos una prueba de detección por una vez. Si corre un alto riesgo (por	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección del virus de hepatitis C cubierto por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.		
 **Prueba de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas** Cubrimos pruebas de detección para infecciones de transmisión sexual (STI): clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para embarazadas y para determinadas personas que tienen un riesgo elevado de STI cuando un proveedor de atención primaria les solicita una prueba. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. Además, cada año, cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento personal del comportamiento de alta intensidad de 20 a 30 minutos para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prueba de detección de STI y asesoramiento para beneficio preventivo de infecciones de transmisión sexual cubiertos por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida.	$0 de copago por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por cada visita de diálisis renal cubierta por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él). • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se le interna en un hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de lMedicare Part B** en esta tabla.		
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición del centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF). Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios de servicios de enfermería especializada para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada de acuerdo con las directrices de Medicare. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* Por cada hospitalización en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare: $0 de copago por día	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que se deben administrar como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación). • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta que se utiliza. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF. • Servicios de médicos/profesionales. En general, recibe atención de SNF en los centros que forman parte de la red. En ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podrá pagar los costos compartidos dentro de la red si elige un centro que no es proveedor del plan, solo si el centro acepta los montos de pago establecidos de nuestro plan. • Una residencia para ancianos o una comunidad de jubilación de atención continua donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital	para los días 1 a 20, $200 de copago por día para los días 21 a 100 Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de haber finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios. Los costos compartidos se aplican al día del alta.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
 **Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)** El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presenta signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Estar competentes y alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.
Beneficios complementarios especiales para el enfermo crónico Los miembros a los que se les diagnostiquen determinadas afecciones que cumplan con los requisitos (consulte la lista a continuación) pueden usar la totalidad o una parte de la asignación mensual de $75 para alimentos (por ejemplo, bebidas, alimentos congelados, alimentos no perecederos/perecederos, vitaminas, suplementos dietarios, nutrición para la salud y el bienestar de la diabetes o control del peso), servicios públicos (tenga en cuenta que es posible que algunas empresas de servicios públicos no admitan un pago parcial, consulte a su empresa antes de usar la tarjeta) o alquileres (tenga en cuenta que es posible que algunas empresas de alquiler o propietarios no acepten el pago total o parcial a través de la tarjeta prepaga de atención médica. Se establecerá un proceso de reembolso para proporcionar asistencia, sin embargo, se requerirá un recibo	La asignación mensual de $75 se aplica solo a través del proveedor aprobado por el plan.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
de pago) a través de una tarjeta prepaga de atención médica proporcionada por el plan cuando se inscriba en él. Las afecciones que cumplen con los requisitos son las siguientes: Trastorno crónico por consumo de alcohol y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD), Trastornos autoinmunes, Cáncer, Trastornos cardiovasculares, Insuficiencia cardíaca crónica, Demencia, Diabetes mellitus, Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico, Enfermedad gastrointestinal crónica, Enfermedad renal crónica (ERC), Trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, Trastornos pulmonares crónicos, Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, Trastornos neurológicos, Accidente cerebrovascular, Trasplante posorgánico, Inmunodeficiencia y Trastornos inmunosupresores,		

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
Afecciones asociadas con deterioro cognitivo, Afecciones con desafíos funcionales, Afecciones crónicas que afectan la visión, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato, Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que las personas mantengan el funcionamiento, Bajo peso crónico La tarjeta prepaga para atención médica se puede utilizar en las tiendas de comestibles participantes que aceptan Visa o MasterCard, o para pagar directamente a las empresas de servicios públicos, agencias de alquiler o propietarios. Los miembros deben activar la tarjeta llamando al 844-479-6334 (TTY: 711) y también deberán dar fe de tener una afección que cumpla con los requisitos. Una vez que esto se complete, los fondos tardarán 48 horas (días hábiles) en estar disponibles en la tarjeta. Los miembros elegibles recibirán una tarjeta de reemplazo anualmente sin cargo adicional. No hay renovación mensual o anual para este beneficio. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-479-6334 (TTY: 711) para obtener más información.		
Terapia de Ejercicio Supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica sintomática (PAD). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa SET. El programa SET debe:	$10 de copago por cada visita de terapia de ejercicio supervisada cubierta por Medicare.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico, o una enfermera clínica/ enfermera practicante que deben estar entrenados en técnicas de auxilio vital básicas y avanzadas La SET puede tener cobertura de hasta más de 36 sesiones en un período de más de 12 semanas para un adicional de 36 sesiones en un período extendido de tiempo si el proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.		
Transporte (que no sea de emergencia) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Viajes de ida o de vuelta directamente hacia y desde cualquier ubicación relacionada con la salud cada año calendario en taxi, furgoneta u otro tipo de transporte aprobado. Este beneficio solo es válido para fines relacionados con la salud. Se proporciona transporte de rutina al miembro y, cuando sea necesario, debido al estado de salud del miembro, a un (1) acompañante. El beneficio de transporte solo se puede utilizar para citas y visitas a la farmacia directamente relacionadas con el miembro. El transporte no se puede utilizar para otra persona que no sea el miembro. No nos hacemos responsables de la pérdida de objetos, lesiones, etc. durante el servicio de transporte. Los miembros deben avisar con tres (3) días hábiles (de lunes a viernes, excepto días festivos)	$0 de copago por 24 viajes de ida o de vuelta directamente hacia y desde ubicaciones relacionadas con la salud cada año calendario en taxi, furgoneta u otro tipo de transporte aprobado. Este beneficio solo está cubierto a través de nuestro proveedor.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
de antelación para coordinar el servicio de transporte. Los miembros deben llamar al 833-536-2001 (usuarios de TTY: 711) de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las cancelaciones o cambios deben realizarse al menos dos (2) horas antes del viaje programado, o se deducirán del número de viajes restantes.		
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios requeridos urgentemente y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) que no se consideran requeridas de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Los servicios médicos de urgencia están cubiertos a nivel mundial. Solo están cubiertos los servicios prestados en un entorno de atención de urgencia. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su atención de urgencia no están cubiertos por el plan.	$25 de copago por cada visita de atención de urgencia en persona cubierta por Medicare. $0 por visita virtual de atención de urgencia. El copago se elimina si le ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas por la misma afección médica. **Servicios médicos requeridos urgentemente a nivel mundial:** ***Los servicios requeridos urgentemente a nivel mundial NO se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).*** $0 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo. $50,000 (USD) de límite combinado por año para servicios de atención urgente y de emergencia prestados fuera de los EE. UU. y sus territorios.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración del reembolso (menos cualquier costo compartido aplicable al miembro). El transporte y la repatriación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 (Sección 1).		
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: pacientes con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos, pacientes afroamericanos de 50 años y más, e hispánicos estadounidenses que tienen 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada operación de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se le hacen 2 operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar 2 anteojos después de la segunda operación. También cubrimos a través de Davis Vision:	$30 de copago por cada examen ocular cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo. $0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto, posterior a una cirugía de cataratas, cubierto por Medicare $0 de copago por cada visita de detección de glaucoma cubierta por Medicare. $0 de copago por cada examen de la vista para diabéticos (uno por año calendario). El beneficio de la vista no se puede combinar con ningún descuento o promoción	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red $200 como máximo para todos los anteojos. Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Examen de ojo diabético. • Examen de la vista de rutina • Anteojos adicionales, que incluyen lentes con receta y un par de marcos de anteojos o lentes de contacto. Para obtener más detalles sobre las asignaciones y la cobertura de la vista de rutina, comuníquese con Davis Vision al 1-888-573-2990 (TTY: 711).	ofrecida por el proveedor. El seguro debe usarse en el momento de la venta para que se apliquen los beneficios. $0 de copago por un examen de la vista de rutina (incluye dilatación y refracción), una vez por año calendario. **Cobertura adicional para artículos para la visión**: Artículos para la visión (marcos y lentes): - los marcos exclusivos adquiridos de la colección exclusiva de Davis Vision tendrán cobertura en su totalidad a través de nuestro proveedor. - $200 de asignación para cualquier otro marco al año. - Los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares tienen $10 de copago al año por cada tipo de lente.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
	Lentes de contacto (médicos y opcionales): - si los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos en su totalidad a través de Davis Vision. - $250 de asignación para lentes de contacto opcionales al año. - La evaluación y el ajuste de los lentes de contacto tienen un máximo de $60 de copago. Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de los gastos de bolsillo (MOOP).	
 **Visite preventiva de Bienvenida a Medicare** Nuestro plan cubre una visite preventiva de *Bienvenida a Medicare* por única vez. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios médicos preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* únicamente en los	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	50% de coseguro para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el máximo de gatos de bolsillo.

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
primeros 12 meses en que tiene Medicare Part B. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare*.		

Cuadro de cobertura dental integral preventiva y mejorada

Tiene cobertura dental preventiva e integral adicional a los servicios cubiertos por Medicare. Consulte la tabla a continuación para obtener una descripción completa de los servicios cubiertos, las frecuencias y los montos de costos compartidos.

Para cualquier pregunta sobre los beneficios dentales, comuníquese con Servicios para Miembros.

Nota: Es posible que se requiera autorización previa para algunos servicios. Los servicios de dentistas no participantes no están cubiertos a menos que sean autorizados por el plan o para emergencias dentales. En otros casos, los miembros serán responsables de cualquier servicio fuera de la red.

La American Dental Association (ADA) puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones actuales de terminología dental (CDT) enumerados en las publicaciones de la ADA. Si tales cambios dan como resultado que los dentistas participantes usen diferentes códigos de la CDT para describir los servicios dentales cubiertos enumerados a continuación, la cobertura y la responsabilidad del paciente no cambiarán.

CÓDIGO	**INN/ONN**	
Tipo de plan	**Medicare Advantage PPO**	
Nombre del plan	**CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (PPO)**	
Características del plan	Incluye cobertura dental integral mejorada	Todos los servicios integrales están sujetos a una cobertura máxima del plan de $1000
Deducible individual:	$0	
Dentro de la red:	Cobertura disponible dentro y fuera de la red	

	Servicios dentales preventivos	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
	Exámenes orales (16b1)			
D0120	EXAMEN ORAL PERIÓDICO, PACIENTE ESTABLECIDO	Dos veces al año	$0	50% de coseguro
D0140	EVALUACIÓN ORAL LIMITADA, PROBLEMA ENFOCADO También se cubre con D9995 como modificador de teleodontología	Una vez al día por proveedor	$0	50% de coseguro
D0150	EVALUACIÓN ORAL INTEGRAL, PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO	Una vez cada tres años por proveedor	$0	50% de coseguro
D0160	EVALUACIÓN ORAL DETALLADA Y EXTENSA, CENTRADA EN EL PROBLEMA, POR INFORME	Una vez al día por proveedor	$0	50% de coseguro
D0180	EVALUACIÓN PERIODONTAL INTEGRAL, PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO	Una vez cada tres años por proveedor	$0	50% de coseguro
D0190	Prueba de detección de un paciente; una prueba de detección, incluidos los exámenes obligatorios estatales o federales, para determinar la necesidad de una persona de ser atendida por un dentista para un diagnóstico. Solo cubierto con D9995 como modificador de teleodontología.	Una vez por fecha de servicio	$0	50% de coseguro
	Radiografías dentales (16b2)			
D0210	INTRAORAL, SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS	Una vez cada tres años	$0	50% de coseguro
D0220	INTRAORAL, PRIMERA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL	Una vez por proveedor por día	$0	50% de coseguro
D0230	INTRAORAL, CADA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL ADICIONAL	Hasta seis por día	$0	50% de coseguro
D0270	ALETA DE MORDIDA, RADIOGRAFÍA ÚNICA	Un conjunto de aletas de mordida por año	$0	50% de coseguro
D0272	ALETAS DE MORDIDA, DOS RADIOGRAFÍAS		$0	50% de coseguro

	Servicios dentales preventivos	**Frecuencia**	**Costos compartidos dentro de la red**	**Costos compartidos fuera de la red**
D0273	ALETAS DE MORDIDA, TRES RADIOGRAFÍAS		$0	50% de coseguro
D0274	ALETAS DE MORDIDA, CUATRO RADIOGRAFÍAS		$0	50% de coseguro
D0277	ALETAS DE MORDIDA VERTICALES, 7 A 8 RADIOGRAFÍAS	Una vez cada tres años	$0	50% de coseguro
D0330	RADIOGRAFÍA PANORÁMICA	Una vez cada tres años	$0	50% de coseguro
	Profilaxis (16b4)			
D1110	PROFILAXIS, ADULTOS	Dos veces al año	$0	50% de coseguro
	Tratamiento con fluoruro (16b5)			
D1206	APLICACIÓN TÓPICA DE BARNIZ DE FLUORURO	Solo uno de los códigos dos veces al año	$0	50% de coseguro
D1208	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO, SE EXCLUYE EL BARNIZ		$0	50% de coseguro
	Servicios dentales integrales (16c)			
	Máximo anual (se aplica SOLO a los servicios dentales integrales)	**Máximo anual del plan $1000:**		
	Servicios dentales integrales	**Frecuencia**	**Costos compartidos dentro de la red**	**Costos compartidos fuera de la red**
	Servicios de restauración (16c1)			
D2140	AMALGAMA, UNA SUPERFICIE, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	Una superficie cada 12 meses	$30.00	50% de coseguro
D2150	AMALGAMA, DOS SUPERFICIES, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	$40.00	50% de coseguro
D2160	AMALGAMA, TRES SUPERFICIES, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	$50.00	50% de coseguro
D2161	AMALGAMA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D2330	COMPUESTO A BASE DE RESINA: UNA SUPERFICIE, DIENTE ANTERIOR	Una superficie cada 12 meses	$30.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D2331	COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES, DIENTES ANTERIORES	Una superficie cada 12 meses	$40.00	50% de coseguro
D2332	COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES, DIENTES ANTERIORES	Una superficie cada 12 meses	$50.00	50% de coseguro
D2335	COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS O QUE INCLUYAN EL ÁNGULO INCISAL, DIENTES ANTERIORES	Una superficie cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D2391	COMPUESTO A BASE DE RESINA, UNA SUPERFICIE, DIENTE POSTERIOR	Una superficie cada 12 meses	$30.00	50% de coseguro
D2392	COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES, DIENTES POSTERIORES	Una superficie cada 12 meses	$40.00	50% de coseguro
D2393	COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES, DIENTES POSTERIORES	Una superficie cada 12 meses	$50.00	50% de coseguro
D2394	COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO SUPERFICIES O MÁS, DIENTES POSTERIORES	Una superficie cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D2542	SOBREINCRUSTACIÓN, METÁLICA, DOS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D2543	SOBREINCRUSTACIÓN, METÁLICA, TRES SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D2544	SOBREINCRUSTACIÓN, METÁLICA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D2642	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, DOS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D2643	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, TRES SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D2644	SOBREINCRUSTACIÓN, PORCELANA O CERÁMICA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$300.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D2662	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, DOS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D2663	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, TRES SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D2664	SOBREINCRUSTACIÓN, COMPUESTO A BASE DE RESINA, CUATRO O MÁS SUPERFICIES	Una vez por diente cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D2721	CORONA, RESINA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2740	CORONA, PORCELANA O CERÁMICA	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2751	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2753	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2781	CORONA, 3/4 FUNDIDA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2783	CORONA, 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2790	CORONA, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL DE ALTA NOBLEZA FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2791	CORONA, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL BASE PREDOMINANTE FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2792	CORONA, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D2794	CORONA, CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2910	RECEMENTADO O READHESIÓN DE INCRUSTACIONES, SOBREINCRUSTACIONES, CARILLAS O RESTAURACIONES DE COBERTURA PARCIAL	Una vez cada 12 meses	$20.00	50% de coseguro
D2915	RECEMENTADO O READHESIÓN DE PERNO Y MUÑÓN FABRICADOS INDIRECTAMENTE O PREFABRICADOS	Una vez cada 12 meses	$20.00	50% de coseguro
D2920	RECEMENTADO O READHESIÓN DE CORONA	Una vez cada 12 meses	$20.00	50% de coseguro
D2940	RESTAURACIÓN DE PROTECCIÓN	Una vez por diente por año	$20.00	50% de coseguro
D2950	RECONSTRUCCIÓN DEL MUÑÓN, INCLUIDO CUALQUIER PERNO, CUANDO SEA NECESARIO	Una vez por diente cada 5 años	$60.00	50% de coseguro
D2951	RETENCIÓN DE PERNO, POR DIENTE, ADEMÁS DE LA RESTAURACIÓN	Según sea necesario	$15.00	50% de coseguro
D2952	PERNO Y MUÑÓN ADEMÁS DE LA CORONA, FABRICADOS INDIRECTAMENTE	Una vez por diente cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D2954	PERNO Y MUÑÓN ADEMÁS DE LA CORONA, PREFABRICADOS	Una vez por diente cada 5 años	$60.00	50% de coseguro
	Servicios de implantes (16c6)			
D6013	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DE MINIIMPLANTE	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D6056	PILAR PREFABRICADO, INCLUYE MODIFICACIÓN Y COLOCACIÓN	Una vez cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D6057	PILAR FABRICADO A MEDIDA, INCLUYE COLOCACIÓN	Una vez cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D6058	CORONA DE CERÁMICA O PORCELANA APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D6059	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (METAL DE ALTA NOBLEZA) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6060	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (METAL BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6061	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (METAL NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6062	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL DE ALTA NOBLEZA) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6063	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6064	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6065	CORONA DE PORCELANA O CERÁMICA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6066	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6067	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6075	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD (PRÓTESIS PARCIAL FIJA) DE CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6076	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6077	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D6082	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6083	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6084	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6086	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6087	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6088	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6094	CORONA APOYADA SOBRE UN PILAR, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6097	CORONA APOYADA SOBRE UN PILAR, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO O ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6098	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6099	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6100	EXTRACCIÓN DE IMPLANTE, POR INFORME	Según sea necesario	$500.00	50% de coseguro
D6101	DESBRIDAMIENTO DE UN DEFECTO PERIIMPLANTE O DEFECTOS QUE RODEAN UN SOLO IMPLANTE Y	Una vez cada 12 meses	$150.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
	LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DEL IMPLANTE, INCLUIDA LA ENTRADA Y CIERRE DE COLGAJO			
D6102	DESBRIDAMIENTO Y CONTORNEADO ÓSEO DE UN DEFECTO PERIIMPLANTE O DEFECTOS QUE RODEAN UN SOLO IMPLANTE E INCLUYE LA LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DEL IMPLANTE, INCLUIDA LA ENTRADA Y CIERRE DE COLGAJO	Una vez cada 12 meses	$150.00	50% de coseguro
D6120	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6121	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6122	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6123	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6190	ÍNDICE RADIOGRÁFICO O QUIRÚRGICO PARA IMPLANTE, POR INFORME	Una vez cada 5 años	$70.00	50% de coseguro
D6195	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN PILAR, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
	Servicios de endodoncia (16c2)			
D3310	TERAPIA ENDODÓNTICA, DIENTE ANTERIOR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3320	TERAPIA DE ENDODONCIA, DIENTE PREMOLAR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D3330	TERAPIA DE ENDODONCIA, MOLAR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3346	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, DIENTE ANTERIOR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, DIENTE PREMOLAR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, MOLAR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3410	APICECTOMÍA, DIENTE ANTERIOR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3421	APICECTOMÍA, PREMOLAR (PRIMERA RAÍZ)	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3425	APICECTOMÍA, MOLAR (PRIMERA RAÍZ)	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3426	APICECTOMÍA (CADA RAÍZ ADICIONAL)	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D3430	EMPASTE RETRÓGRADO, POR RAÍZ	Según sea necesario	$100.00	50% de coseguro
D3450	AMPUTACIÓN DE RAÍZ, POR RAÍZ	Según sea necesario	$100.00	50% de coseguro
	Servicios de periodoncia (16c3)			
D4341	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, CUATRO DIENTES O MÁS POR CUADRANTE	Una vez cada 24 meses	$50.00	50% de coseguro
D4342	RASPADO PERIODONTAL Y ALISADO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES POR CUADRANTE	Una vez cada 24 meses	$50.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D4346	RASPADO EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE, BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN ORAL	Una vez cada 24 meses	$50.00	50% de coseguro
D4355	DESBRIDAMIENTO DE TODA LA BOCA PARA HABILITAR UNA EVALUACIÓN ORAL INTEGRADA Y DIAGNÓSTICO EN LA VISITA SIGUIENTE	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D4910	MANTENIMIENTO PERIODONTAL	Dos veces al año	$50.00	50% de coseguro
D4210	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D4211	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4212	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA PARA PERMITIR EL ACCESO A PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS, POR DIENTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4240	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4241	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4260	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE), CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$300.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D4261	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE), DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D4263	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, PRIMER SITIO EN EL CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D4264	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, CADA SITIO ADICIONAL EN EL CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
	Prótesis removibles (16c4)			
D5110	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5120	DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5130	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MAXILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5140	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA, MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5211	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5212	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5213	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D5214	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5221	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5222	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5223	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5224	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA, ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5225	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR, BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5226	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D5282	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE, UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y DIENTES), MAXILAR	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D5283	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE, UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y DIENTES), MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D5410	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5411	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5421	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5422	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5511	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5512	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5611	REPARACIÓN DE LA BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5612	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5621	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D5622	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5630	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE LOS MATERIALES DE RETENCIÓN O DE SUJECIÓN ROTOS, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5640	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5650	AGREGADO DE DIENTE A LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5660	AGREGADO DE UN GANCHO A UNA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5710	DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5711	DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5720	REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5721	REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5730	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5731	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5740	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5741	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D5750	RECUBRIMIENTO COMPLETO DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5751	RECUBRIMIENTO COMPLETO DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5760	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5761	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5850	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MAXILAR	Una vez cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D5851	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D5863	SOBREDENTADURA POSTIZA, MAXILAR COMPLETA	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5864	SOBREDENTADURA POSTIZA, MAXILAR PARCIAL	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5865	SOBREDENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR COMPLETA	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5866	SOBREDENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR PARCIAL	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5875	MODIFICACIÓN DE PRÓTESIS EXTRAÍBLE LUEGO DE UNA CIRUGÍA DE IMPLANTE	Una vez cada 12 meses por arco	$60.00	50% de coseguro
	Prótesis fijas (16c7)			
D6210	PÓNTICO, METAL FUNDIDO DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6211	PÓNTICO, METAL FUNDIDO PREDOMINANTEMENTE DE BASE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6212	PÓNTICO, METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6214	PÓNTICO, CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D6240	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6241	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6242	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6243	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6245	PÓNTICO, PORCELANA/CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6250	PÓNTICO, RESINA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6251	PÓNTICO, RESINA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6252	PÓNTICO, RESINA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6750	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6751	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6752	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6753	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6780	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 FUNDIDA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6781	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 FUNDIDA CON METAL DE BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6782	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 FUNDIDA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6783	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 DE PORCELANA/CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D6790	CORONA DE RETENCIÓN, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL DE ALTA NOBLEZA FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6791	CORONA DE RETENCIÓN, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL BASE PREDOMINANTE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6792	CORONA DE RETENCIÓN, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6794	CORONA DE RETENCIÓN, CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6930	RECEMENTADO O READHESIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	Una vez cada 12 meses	$40.00	50% de coseguro
	Cirugía bucal y maxilofacial (16c8)			
D7210	EXTRACCIÓN, DENTICIÓN QUE REQUIERE EXTRACCIÓN DEL HUESO O SEGMENTACIÓN DEL DIENTE Y EXCLUYE ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, SI SE INDICA	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D7220	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, TEJIDO BLANDO	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D7230	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, PARCIALMENTE ERUPCIONADO	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE ERUPCIONADO	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE ERUPCIONADO, CON COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POCO COMUNES	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO CON INCISIÓN)	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D7111	EXTRACCIÓN, RESTOS DE CORONA, DIENTE PRIMARIO	Una vez por diente de por vida	$40.00	50% de coseguro
D7140	EXTRACCIÓN, DENTICIÓN O RAÍZ EXPUESTA (ELEVACIÓN O EXTRACCIÓN CON PINZAS)	Una vez por diente de por vida	$50.00	50% de coseguro
D7280	EXPOSICIÓN DE UN DIENTE SIN ERUPCIONAR	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D9222	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL DURANTE LOS PRIMEROS 15 MINUTOS	Según sea necesario	$60.00	50% de coseguro
D9223	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL, CADA INCREMENTO SUBSIGUIENTE DE 15 MINUTOS	Según sea necesario	$60.00	50% de coseguro
	Servicios generales complementarios (16c10)			
D9910	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO PARA QUITAR LA SENSIBILIDAD	Dos veces al año	$15.00	50% de coseguro
D1354	APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE TRATAMIENTO PROVISIONAL PARA CARIES, POR DIENTE	Una aplicación por superficie y por vida útil.	$15.00	50% de coseguro
D9110	TRATAMIENTO PALIATIVO (DE EMERGENCIA) DEL DOLOR DENTAL, PROCEDIMIENTO MENOR	Sin límite: disponible según sea necesario	$30.00	50% de coseguro

Sección 2.1 Reciba atención utilizando el beneficio opcional para visitantes/viajeros de nuestro plan

Si no se muda de forma permanente, pero está continuamente fuera del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, por lo general, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa para viajeros o visitantes que incluirá la cobertura de la red Blue Medicare Advantage PPO de todos los beneficios de la Parte A, la Parte B y los beneficios suplementarios ofrecidos por su plan fuera de su área de servicio en 48 estados y 2 territorios: Alabama, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah,

Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin and West Virginia. Para algunos de los estados enumerados, las redes MA PPO solo están disponibles en algunas partes del estado. Este programa le permitirá seguir inscrito en nuestro plan cuando esté fuera de nuestra área de servicio por menos de 12 meses. En virtud de nuestro programa para viajeros o visitantes, es posible que usted reciba todos los servicios cubiertos del plan con los mismos costos compartidos dentro de la red. Comuníquese con el plan para obtener asistencia y así encontrar un proveedor cuando utilice el beneficio para viajeros o visitantes. Si se encuentra en el área de viajeros o visitantes, puede seguir inscrito en nuestro plan durante hasta 12 meses. Si no volvió al área de servicio del plan dentro de un plazo de 12 meses, se anulará su inscripción en el plan.

Llame al 1-800-810-Blue para encontrar un proveedor de Blue Medicare Advantage PPO. Los miembros que consulten a los proveedores de Medicare Advantage PPO en cualquier área geográfica donde se ofrezca el programa para viajeros o visitantes pagarán el mismo nivel de costos compartidos (costos compartidos dentro de la red) que pagarían si recibieran beneficios cubiertos de proveedores dentro de la red en su área de servicio.

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección, se describen los beneficios *excluidos* de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

En el siguiente cuadro, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto o que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo presentar una apelación cuando hemos determinado que no nos corresponde cubrir un servicio médico, consulte el capítulo 7, sección 5.3, de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Cirugías o procedimientos estéticos	Están cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro malformado del cuerpo Están cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de la mastectomía, así como para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica
Atención de custodia	No cubiertos en ninguna afección

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, atención que ayuda al paciente con actividades de la vida cotidiana, tal como bañarse o vestirse	
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Medicare Original.	Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte el capítulo 3, sección 5, para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica).
Honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.	No cubiertos en ninguna afección
Atención de enfermería en el hogar a tiempo completo.	No cubiertos en ninguna afección
Entrega de alimentos a domicilio	No cubiertos en ninguna afección
Los servicios domésticos incluyen ayuda con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas.	No cubiertos en ninguna afección
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	No cubiertos en ninguna afección
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies	Calzado que forma parte de una pierna ortopédica y que está incluido en el costo de la misma. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen de enfermedades en los pies ocasionadas por la diabetes.
Elementos de uso personal en su habitación de hospital o centro	No cubiertos en ninguna afección

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	
Habitación privada en un hospital.	Está cubierta solo cuando sea médicamente necesario
Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados.	No cubiertos en ninguna afección
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Medicare Original	No cubiertos en ninguna afección

CAPÍTULO 5:
Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica usted puede necesitar pagar el costo total. En otras oportunidades, usted puede pagar más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan o puede recibir una factura de parte del proveedor. En estos casos usted puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolso). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá oportunidades cuando reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que usted recibió o por más de su parte de los costos compartidos. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarlo, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación se muestran ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que usted recibió:

1. **Cuando usted recibió atención médica de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan.**

   Cuando recibe atención médica de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable de pagar la parte del costo que le corresponde. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red que para un proveedor dentro de la red). Solicite al proveedor que envíe la factura por nuestra parte del costo a nuestro plan.

   - Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de urgencia o de emergencia. Si usted pagó el monto total en el momento en que recibió la atención, solicite un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.

- Usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
  - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
  - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.
- Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable por el costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar la factura directamente a nuestro plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios.

- Usted solo debe pagar el monto de costos compartidos que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como *facturación de saldo*. Esta medida de protección (por la cual nunca paga más del monto de costos compartidos que le corresponde) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema de facturación.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre el monto que usted ha pagado y el monto que debería haber pagado según nuestro plan.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan.

Algunas veces la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. Esto significa que ya pasó el primer día de su inscripción. La fecha de inscripción puede haber ocurrido incluso el año anterior.

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó de su bolsillo por cualquiera de los servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos su parte de los costos. Debe enviarnos la documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **determinación de cobertura**. Si decidimos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El capítulo 7 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitar que le devolvamos el pago enviándonos una solicitud por escrito. Si envía la solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Se recomienda que conserve una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación en el transcurso de un (1) año** a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo. A fin de asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, debe completar nuestro formulario de reclamaciones para hacer su solicitud de pago.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (www.carefirst.com/medicareadvantage) o llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pedir el formulario.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
Attention: Member Claims Reimbursement
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

SECCIÓN 3 Consideraremos la solicitud de pago y le responderemos sí o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le indicaremos si necesitamos información adicional de su parte. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una determinación de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y usted siguió todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio, enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si todavía no ha pagado el servicio, enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica *no* está cubierta o que usted *no* siguió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o una parte de la atención médica, usted puede presentar una apelación

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación para dichas situaciones, consulte el Capítulo 7 de este documento.

CAPÍTULO 6:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.) Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted (en otros idiomas además del inglés, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 833-536-2001 (TTY users call 711).

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Customer Service at 833-536-2001 (TTY users should call 711). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera competente desde el punto de vista cultural y que sean accesibles para

todos los afiliados, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico distinto. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son, entre otros: la prestación de servicios de traductor, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en sistema braille, letras grandes u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener ese servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo al Servicio al Cliente al 833-536-2001 (Los usuarios de TTY deben llamar 711. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted obtenga acceso oportuno a sus servicios cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor para su atención.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de sus proveedores *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite ese tipo de atención.

Si usted cree que no está recibiendo atención médica dentro de un período de tiempo razonable, en el Capítulo 7, Sección 9, de este documento se le indica lo que puede hacer.

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

Las leyes estatales y federales protegen la privacidad de su historia clínica e información médica personal. Protegemos su información médica personal como lo establecen estas leyes.

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

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no puedan leer ni cambiar sus registros.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a cualquier persona que no le proporcione o pague su atención, *estamos obligados a obtener primero un permiso por escrito de usted o de alguien a quien haya dado un poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Existen ciertas excepciones en las que no es necesario obtener su permiso por escrito previamente. Estas excepciones son permitidas o exigidas por ley.
  - Estamos obligados a divulgar información médica a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionar a Medicare su información médica. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y regulaciones federales, generalmente, esto requiere que la información que le identifique de manera exclusiva no sea compartida.

Puede ver la información en sus registros y conocer de qué manera se divulgó a otras personas

Usted tiene derecho a consultar su historia clínica conservada por nuestro plan y a obtener una copia de la misma. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si solicita esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica para decidir si deben realizarse los cambios.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Aviso de Prácticas de Privacidad

En este aviso se describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica y financiera, y cómo puede acceder a ella. Revíselo con atención. La privacidad de su información médica y financiera es importante para nosotros.

Este aviso rige solo para miembros de grupos totalmente asegurados y titulares individuales de pólizas. Si usted es miembro de un grupo autoasegurado, mientras continuamos protegiendo

su información personal con los mismos mecanismos de seguridad, recibirá un *Aviso de Prácticas de Privacidad* de su plan de salud grupal Si no está seguro de si es un miembro totalmente asegurado o con autoseguro, comuníquese con el administrador del grupo. Este aviso se aplica a las prácticas de privacidad de CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., FirstCare, Inc. (CareFirst), CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage PPO, Inc. Podemos compartir su información financiera y su información médica protegida (de forma oral, escrita o electrónica), así como la información médica protegida de otras personas que figura en su póliza de seguro, según sea necesario para fines de pago u operaciones de atención médica.

Usos y divulgaciones de la información médica

Nuestro deber legal

En este aviso se describen nuestras prácticas de privacidad, que incluyen cómo podemos usar, divulgar (compartir o dar), recopilar, manejar y proteger la información médica protegida de nuestros miembros. De acuerdo con ciertas leyes federales y estatales, estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica protegida. También estamos obligados a proporcionarle este aviso sobre nuestras prácticas de privacidad, nuestras obligaciones legales y sus derechos con respecto a su información médica protegida. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este aviso mientras esté vigente. El presente aviso entró en vigencia el 1 de octubre de 2016 y está destinado a modificar el Aviso de Prácticas de Privacidad de CareFirst con fecha de entrada en vigencia del 14 de abril de 2003.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre y cuando la ley permita los cambios. Nos reservamos el derecho de hacer efectivos los cambios en nuestras prácticas de privacidad y en los nuevos términos de nuestro aviso para toda la información médica protegida que mantengamos, incluida la que creamos o recibimos antes de realizar los cambios. Si realizamos un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web, **www.carefirst.com**, y proporcionaremos el aviso editado o la información sobre los cambios y cómo obtener tal aviso en nuestro próximo correo anual a nuestros suscriptores del plan de salud.

Puede solicitar una copia de nuestro aviso en cualquier momento. Para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o para obtener copias adicionales de este aviso, comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso.

Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger su información médica. Todos nuestros empleados reciben capacitación en estas normas en el momento de su contratación y, a partir de entonces, reciben capacitación anualmente para estar actualizados. El acceso a su información médica protegida está restringido a los propósitos comerciales apropiados y se necesitan contraseñas para acceder a nuestros sistemas informáticos y credenciales de identificación para acceder a nuestras instalaciones. Los empleados que infrinjan nuestras normas estarán sujetos a medidas disciplinarias.

Usos y divulgaciones principales de la información médica protegida

Utilizamos y divulgamos su información médica protegida para operaciones de pago y de atención médica. Por lo general, las reglamentaciones de privacidad federales de atención médica ("Regla de Privacidad de la Ley HIPAA") no reemplazan (o prevalecen ante) las leyes de privacidad estatales u otras leyes vigentes que proporcionen a las personas una mayor protección de la privacidad. En consecuencia, es posible que las leyes de privacidad estatales o federales vigentes impongan una norma de privacidad en virtud de la cual se nos exigirá operar. Por ejemplo, respetaremos leyes de privacidad estatales más estrictas que se relacionan con el uso y la divulgación de información médica protegida en relación con

el VIH o SIDA, la salud mental, el abuso de sustancias o la dependencia de productos químicos, las pruebas genéticas y los derechos reproductivos. Además de los requisitos de dichas leyes, también podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para fines de administración de beneficios de la salud (como el procesamiento de reclamaciones e inscripciones, la administración de la atención y las ofertas de bienestar, el pago de reclamaciones, y las iniciativas de detección y prevención de fraudes), para nuestras operaciones comerciales (incluidas la medición de calidad y la mejora y el desarrollo de beneficios) y en las siguientes situaciones:

Pago. Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de "pago", tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, es posible que utilicemos y divulguemos su información médica protegida para pagar reclamaciones por los servicios que le proporcionan médicos, hospitales, farmacias y profesionales cubiertos por su plan de salud. También podemos utilizar su información para determinar si cumple con los requisitos para los beneficios, coordinar beneficios, revisar la necesidad médica, obtener primas y enviar explicaciones de los beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que usted participa.

Operaciones de atención médica. Podemos utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de "Operaciones de atención médica", tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para determinar nuestras primas para su plan de salud, llevar a cabo evaluaciones de calidad y actividades de mejora, participar en la coordinación de atención o en la administración de casos y administrar nuestras actividades comerciales.

Socios comerciales. En cuanto a nuestras actividades de pago y operaciones de atención médica, celebramos contratos con personas y entidades (denominadas "socios comerciales") para que lleven a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para que proporcionen ciertos tipos de servicios (como apoyo de servicio al miembro, gestión de la utilización, subrogación o administración de beneficios farmacéuticos). Podemos compartir su información de contacto y número de teléfono, incluido su número de celular, con nuestros socios comerciales. Para llevar a cabo estas funciones o para proporcionar los servicios, nuestros socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o revelarán información médica protegida, pero únicamente después de que exijamos que acepten por escrito los términos contractuales diseñados para proteger su información adecuadamente.

Otras entidades cubiertas. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para ayudar a los proveedores de atención médica en relación con sus actividades de tratamiento o de pago o para ayudar a otras entidades cubiertas en relación con ciertas operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando este la necesite para que le brinde tratamiento, y es posible que divulguemos esa información a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención de la salud en las áreas de garantía de calidad y actividades de mejora o autorización, certificación, licencias o acreditaciones.

Otros usos y divulgaciones posibles de la información médica protegida

A continuación, se describen otras formas posibles en las que podemos (y nos permiten) usar o divulgar su información médica protegida:

A usted o a terceros con su autorización. Debemos divulgarle su información médica protegida, tal como se describe en la sección Derechos Individuales de este aviso. Puede otorgarnos una autorización por escrito para usar su información médica protegida o divulgarla a cualquier persona para cualquier fin que no esté detallado en este aviso. Si nos otorga una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. La revocación no afectará ningún uso ni divulgación que hayamos hecho según lo permitido por su autorización mientras estaba vigente. En la medida (si corresponde) en que mantengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, se requerirá su autorización para la mayoría de las divulgaciones de estas notas. Asimismo, en la medida (si corresponde) en que usemos o divulguemos su información para nuestras prácticas de recaudación de fondos, le ofreceremos la posibilidad de excluirse de futuras comunicaciones sobre recaudación de fondos. Además, se necesita su autorización para la mayoría (pero no todos) de los usos y las divulgaciones de información médica para fines de marketing y para las divulgaciones que constituyen una venta de información médica protegida. Sin su autorización por escrito, no podemos utilizar ni divulgar su información médica protegida por ningún motivo, excepto por aquellos que se describen en este aviso.

Al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services. Debemos divulgar su información médica protegida al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) cuando dicho funcionario esté investigando o determinando si cumplimos con las regulaciones federales de privacidad.

A los patrocinadores del plan. Si la ley lo permite, podemos divulgar su información médica protegida al patrocinador de su plan de salud grupal para permitirle llevar a cabo las funciones de administración del plan.

Por ejemplo, un patrocinador del plan puede comunicarse con nosotros para solicitar información y así evaluar cambios futuros en su plan de beneficios. También podemos divulgar al patrocinador del plan información médica resumida (este tipo de información se define en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA) acerca de los inscritos en su plan de salud grupal para que obtenga ofertas de primas para la cobertura del seguro médico que se ofrece por medio de su plan de salud grupal o para que decida si lo modifica, enmienda o finaliza.

A familiares y amigos. Si usted está de acuerdo o si no está disponible para aceptar, como en una situación de emergencia médica, podemos divulgar su información médica protegida a un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de esta.

Suscripción al seguro. Es posible que recibamos su información médica protegida para suscripciones al seguro, calificaciones de primas u otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro médico o beneficios de salud. No usaremos ni divulgaremos información médica protegida que sea información genética de una persona para tales fines. No usaremos ni divulgaremos esta información médica protegida recibida en estas circunstancias para ningún otro fin, salvo que lo exija la ley, a menos que usted suscriba un contrato de seguro médico o de beneficios de salud con nosotros.

Actividades de supervisión de salud. Es posible que divulguemos su información médica protegida a un organismo de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, autorizaciones o medidas disciplinarias, o procedimientos o acciones civiles, administrativos o penales. Las agencias de supervisión que solicitan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios gubernamentales, (iii) otros programas reglamentarios gubernamentales y (iv) el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Abuso o abandono. Podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades pertinentes si consideramos razonablemente que podría ser una posible víctima de abuso, abandono, violencia doméstica u otros delitos.

Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad. En conformidad con ciertas leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica protegida si creemos que esto es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

Funcionarios responsables de la investigación, médicos forenses, directores funerarios y organizaciones de donación de órganos. Podemos divulgar su información médica protegida a un funcionario responsable de la investigación o médico forense para que le identifique después de morir, determine la causa de su muerte o lleve a cabo otras funciones autorizadas por la ley. También podemos divulgar, según lo autorizado por la ley, información a los directores funerarios para que puedan llevar a cabo sus funciones en su nombre. Además, es posible que divulguemos esa información a organizaciones que se dedican a la donación y el trasplante de órganos, ojos o tejidos.

Investigación. Podemos divulgar su información médica protegida a los investigadores cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad: (1) haya revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información y (2) haya aprobado la investigación.

Reclusos. Si usted es un recluso en una institución correccional, podemos divulgar su información médica protegida a esa institución o a un funcionario de la ley con los siguientes fines: (1) para que la institución le brinde atención médica, (2) para su salud y seguridad, y la salud y seguridad de los demás, o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

Indemnización por accidentes de trabajo. Podemos divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de compensación a los trabajadores y con otros programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades que estén relacionadas con el trabajo.

Salud y seguridad públicas. Podemos divulgar su información médica protegida en la medida necesaria a fin de evitar una amenaza grave e inminente para su salud o seguridad, o para la salud o seguridad de los demás.

Casos exigidos por la ley. Podemos utilizar o divulgar su información médica protegida cuando así lo exija la ley. Por ejemplo, debemos divulgar su información médica protegida al DHHS, si así lo solicita, para que determine si cumplimos con las leyes federales de privacidad.

Procesos y procedimientos legales. En determinadas circunstancias, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a un tribunal o una orden administrativa, una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal. En circunstancias limitadas, como una orden judicial, orden de detención o citación del gran jurado, podemos divulgar su información médica protegida a los funcionarios de la ley.

Cumplimiento de la ley. Podemos divulgar a un funcionario de la ley la información médica protegida limitada de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, una víctima de un delito o una persona desaparecida. Es posible que divulguemos información médica protegida cuando sea necesario para ayudar a que los funcionarios de la ley capturen a una persona que haya admitido haber sido partícipe de un delito o que se haya escapado de la custodia legal.

Seguridad militar y nacional. En determinadas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información médica protegida del personal de las Fuerzas Armadas. Es posible que divulguemos a los funcionarios federales información médica protegida que sea necesaria para el contraespionaje, el espionaje y otras actividades de seguridad nacional.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida. Cualquier otro uso y divulgación de su información médica protegida que no se haya descrito anteriormente se realizará únicamente con su autorización por escrito. Si nos proporciona dicha autorización, puede revocarla por escrito, y esta revocación será efectiva para usos y divulgaciones futuros de información médica protegida. Sin embargo, no lo será para la información que ya hayamos usado o divulgado conforme a su autorización.

Derechos individuales

Acceso. Usted tiene derecho a consultar u obtener copias de la información médica protegida que esté en un conjunto de registros designados, con excepciones limitadas. Además, puede solicitar que proporcionemos copias en otro formato que no sea el de fotocopias. Utilizaremos el formato que solicite, a menos que no sea razonablemente posible. Debe presentar una solicitud por escrito para acceder a su información médica protegida. Puede solicitar que la información sea una copia electrónica en determinadas circunstancias, si realiza la solicitud por escrito. También puede solicitar acceso enviando una carta a la dirección que aparece al final de este aviso. Si solicita copias, es posible que le cobremos una tarifa razonable por cada página y costos de envío si desea que se las enviemos por correo. Si solicita un formato alternativo, es posible que le cobremos una tarifa basada en el costo por proporcionarle la información médica protegida en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una

explicación de su información médica protegida, pero es posible que le cobremos una tarifa para hacerlo.

En determinadas circunstancias, podemos denegarle la solicitud para examinar y copiar la información médica protegida. En determinadas condiciones, nuestra denegación no podrá someterse a revisión. Si esto ocurre, le informaremos en nuestra denegación que la decisión no podrá someterse a revisión. Si se le niega el acceso a su información y la denegación está sujeta a revisión, puede solicitar que se la revise. Elegiremos a un profesional de atención médica para que revise su solicitud y la denegación. La persona que realice esta revisión no será la misma persona que denegó su solicitud inicial.

Justificación de divulgación. Usted tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros socios comerciales hayamos divulgado su información médica protegida para otros fines que no hayan sido tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otras actividades determinadas. Le proporcionaremos la fecha en la que se hizo la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos su información, una descripción de la información que divulgamos, el motivo de la divulgación y otra información determinada. Su solicitud puede ser para divulgaciones que se hayan hecho hasta seis años antes de la fecha de la solicitud.

Puede pedir una justificación enviando la solicitud por escrito con la información que aparece al final de este aviso. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, podemos cobrarle una tarifa razonable basada el costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Solicitudes de restricción. Usted tiene derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales sobre el uso o la divulgación de su información médica protegida. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero, si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en un caso de emergencia), a menos que recibamos una solicitud por escrito de su parte para anular

la restricción. Cualquier acuerdo que podamos hacer ante una solicitud de restricciones adicionales debe realizarse por escrito y estar firmado por una persona autorizada para realizar dicho acuerdo en nuestro nombre. No nos haremos responsables de usos y divulgaciones que se hayan hecho fuera de la restricción solicitada, a menos que nuestro acuerdo de restricción sea por escrito. Estamos autorizados a rescindir nuestro acuerdo sobre la restricción solicitada enviándole un aviso por escrito.

Para solicitar una restricción, escríbanos utilizando la información que aparece al final de este aviso. En su solicitud, indíquenos lo siguiente: (1) la información sobre la cual desea limitar nuestro uso y divulgación, y (2) la manera en que desea limitar nuestro uso

o la divulgación de la información. También puede utilizar la información que aparece al final de este aviso para enviar una solicitud por escrito a fin de rescindir una restricción acordada.

Comunicación confidencial. Si cree que la divulgación de toda su información médica protegida o de parte de ella puede ponerle en peligro, tiene el derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de forma confidencial para hablar de su información médica protegida. Esto significa que puede solicitar que le enviemos información por medios alternativos o a una ubicación alternativa. Si su solicitud es razonable y en ella se indican

los medios alternativos o la ubicación alternativa y cómo se manejarán las cuestiones de pago (primas y reclamaciones), podemos procesarla. Puede solicitar una comunicación confidencial si nos escribe utilizando la información que aparece al final de este aviso.

Modificaciones. Usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica protegida. La solicitud debe realizarse por escrito y en ella se debe explicar por qué se debería modificar la información. Podemos denegar la solicitud si no creamos la información que desea que se modifique o por otros motivos determinados. Si eso ocurre, le proporcionaremos una explicación por escrito. Usted puede responder con una declaración de disconformidad para que se anexe a la información que quería que se modificara. Si aceptamos la solicitud de modificar la información, tomaremos todas las medidas razonables para informar a otros, incluidas las personas que usted nombre, sobre la modificación e incluir los cambios en toda divulgación futura de esa información.

Aviso electrónico. Incluso si acepta recibir este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (e-mail), también tiene derecho a recibir una copia impresa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que aparece al final de este aviso para obtenerlo por escrito. Si la transmisión del correo electrónico no se realizó correctamente y CareFirst está al tanto del error, le enviaremos una copia impresa del aviso.

Notificación de filtración de información. En caso de que se produzca una filtración de su información médica no protegida, le proporcionaremos una notificación sobre ello, según lo exija la ley o cuando lo consideremos apropiado.

Recopilación de información financiera personal y usos y divulgaciones de información financiera

Podemos recopilar su información financiera personal de muchas fuentes, entre las que se incluyen las siguientes:

Información que proporciona en solicitudes de inscripción u otros formularios, como su nombre, dirección, número de seguro social, salario, edad y sexo.

Información sobre su relación con CareFirst, nuestros afiliados y otros, como su cobertura de póliza, primas e historial de pago de reclamaciones.

Información como la descrita anteriormente que obtengamos de cualquiera de nuestras filiales.

Información que recibimos sobre usted de otras fuentes, como su empleador, su proveedor, su corredor y otros terceros.

Información que recibimos sobre usted cuando inicia sesión en nuestro sitio web. Mediante el uso de “cookies”, podemos hacer un seguimiento de cierta información, como saber si los miembros han visitado anteriormente el sitio web de CareFirst o para hacer un seguimiento del tiempo que los visitantes pasan en el sitio web. Estas cookies no recopilan información de identificación personal, y no combinamos información recopilada mediante cookies con otra información financiera personal para determinar la identidad de los visitantes de su sitio web. No divulgaremos las cookies a terceros.

¿Cómo se utiliza su información?

Utilizamos la información que recopilamos sobre usted en relación con la suscripción a seguros o la administración de una póliza de seguro o reclamación, o para otros fines permitidos por la ley. En ningún momento revelamos su información financiera a ninguna persona ajena a CareFirst, a menos que tengamos su autorización correspondiente o que estemos autorizados u obligados a hacerlo por ley. Mantenemos medidas de protección físicas, electrónicas y procedimentales de acuerdo con las normas federales y estatales para proteger

su información. Además, limitamos el acceso a su información financiera a los empleados de CareFirst, socios comerciales, proveedores, administradores del plan de beneficios, corredores, consultores y agentes que necesiten conocerla para llevar a cabo actividades comerciales de CareFirst o para proporcionarle productos o servicios.

Divulgación de su información financiera

Con el fin de proteger su privacidad, los terceros afiliados o no afiliados a CareFirst también están sujetos a leyes de privacidad estrictas. Las entidades afiliadas son empresas que forman parte de la familia corporativa CareFirst e incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), administradores de terceros, compañías aseguradoras de salud, aseguradoras de atención a largo plazo y

agencias de seguros. En algunas situaciones relacionadas con nuestras transacciones de seguros de las que usted forme parte, divulgaremos su información financiera personal a un tercero no afiliado que nos ayude a proporcionarle servicios.

Cuando divulgamos información a estos terceros, les exigimos que acepten proteger su información financiera y que la utilicen únicamente para su fin previsto y para cumplir con todas las leyes pertinentes.

Cambios en nuestra política de privacidad

CareFirst revisa periódicamente sus políticas y se reserva el derecho de cambiarlas. Si cambiamos el contenido de nuestra política de privacidad, continuaremos con nuestro compromiso de mantener segura su información financiera: es nuestra máxima prioridad. Incluso si ya no es cliente de CareFirst, nuestra política de privacidad continuará vigente para sus registros.

Preguntas y quejas

Información sobre las prácticas de privacidad de CareFirst

Puede solicitar una copia de nuestros avisos en cualquier momento. Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad, si desea copias adicionales de este aviso o si tiene preguntas o inquietudes, llame al número de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de identificación o comuníquese con la Oficina de Privacidad de CareFirst utilizando la información que aparece a continuación.

Cómo presentar una queja

Si le preocupa que pudiéramos haber infringido sus derechos de privacidad o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre sus derechos individuales, puede utilizar la información de contacto que aparece al final de este aviso para presentarnos un reclamo. También puede presentar una queja por escrito al DHHS. Le proporcionaremos la información de contacto del DHHS si la solicita.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica y financiera protegida. Si decide presentar una queja ante nosotros o ante el DHHS, no tomaremos represalias de ninguna manera.

Información de contacto:

CareFirst BlueCross BlueShield and CareFirst BlueChoice, Inc. Privacy Office CT 10-03

10455 Mill Run Circle, Owings Mills, MD 21117

Teléfono: 800-853-9236

Número de fax: 410-505-6692

Correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

CareFirst BlueCross BlueShield es el nombre comercial compartido de CareFirst of Maryland, Inc. y Group Hospitalization and Medical Services, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage PPO, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Community Health Plan District of Columbia es el nombre comercial de Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc. En District of Columbia y Maryland, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. En Virginia, CareFirst MedPlus es el nombre comercial de First Care, Inc. de Maryland (utilizado en VA por: First Care, Inc.). CareFirst of Maryland, Inc., Group Hospitalization and Medical Services, Inc., CareFirst Advantage, Inc. y CareFirst Advantage PPO, Inc. Trusted Health Plan (District of Columbia), Inc., CareFirst BlueChoice, Inc., First Care, Inc. y The Dental Network, Inc. son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la cruz y del escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes Blue Cross and Blue Shield independientes.

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

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, usted tiene derecho a que le proporcionemos diferentes tipos de información.

Si desea recibir cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

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

- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Tiene derecho a recibir información acerca de las calificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que usted debe seguir cuando utilice su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 ofrecen información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué un servicio no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7 se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito si un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. En el Capítulo 7 también se proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

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

Tiene derecho a obtener información completa por parte de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre las mejores opciones de tratamiento para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a conocer los riesgos que presenta su atención. Debe conocer anticipadamente si cualquier atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tendrá la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. Si usted rechaza un tratamiento, deberá aceptar toda la responsabilidad por lo que le pueda suceder a su cuerpo como resultado.

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

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

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que tomen decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar esas decisiones.

- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que manejen su atención médica si quedara imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dejar directivas anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtener un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Completar el formulario y firmarlo**. Sin importar el lugar de donde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregar las copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombra en el formulario que puede tomar decisiones por usted en el caso de que usted no pueda hacerlo. Puede darles copias a sus amigos cercanos o a familiares. Conserve una copia en su hogar.

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

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

Completar una directiva anticipada es su elección (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarle en función de si firmó o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante la oficina del Fiscal General (Office of the Attorney General).

Si usted vive en Maryland, contacte a:

Fiscal general de Maryland

Health Decisions Policy Division

300 W. Preston Street,

3rd Floor,

Baltimore, MD 21201

Si usted vive en Washington D.C., contacte a:

Office of the Attorney General for the District of Columbia

400 Sixth Street, NW,

Washington, DC 20001

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento se explica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitarnos una determinación de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja, **estamos obligados a tratarle de manera justa**.

Sección 1.7 Si considera que está recibiendo un trato injusto o que no se están respetando sus derechos

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se respetaron sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Office for Civil Rights** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Office for Civil Rights local.

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda con el problema que está teniendo en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al** 833-536-2001 **(los usuarios de TTY deben llamar al** 833-536-2001**).**
- **Llame a su SHIP local** al 410-767-1100 o 800-243-3425 (Maryland) o 202-727-8370 (Washington D.C.).
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos a través de los siguientes canales:

- **Llame a Servicios para Miembros al** 833-536-2001 **(los usuarios de TTY deben llamar al** 833-536-2001**)**
- **Llame a su SHIP local al** 410-767-1100 o 800-243-3425 en Maryland o al 202-727-8370 en Washington D.C.
- **Comuníquese con Medicare**

- Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto y las normas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
  - En los Capítulos 3 y 4 se proporcionan detalles sobre sus servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura de salud además de nuestro plan o una cobertura de medicamentos por separado, está obligado a informarnos.** En el Capítulo 1 se explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga atención médica.
- **Ayude a sus médicos y demás proveedores a atenderle mejor: bríndeles información, haga preguntas y cumpla con su plan de atención.**
  - Para ayudarle a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores médicos sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento e instrucciones que usted y su médico han acordado.
  - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
  - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de realizarla y de obtener una respuesta que puede entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
  - Debe seguir pagando las primas de Medicare Part B para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio.

- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del plan, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted**.**
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios).**

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- Para ciertos problemas, debe utilizar el **proceso para determinaciones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso para presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Ambos procesos están aprobados por Medicare. Cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar cuál es el proceso adecuado que debe seguir y qué debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos debe utilizar y así poder comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles sobre cómo abordar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y ayuda personalizada

Estamos siempre dispuestos a ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, puede que también desee ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Estas son dos organizaciones que pueden ayudar:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP).

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder preguntas, darle más información y ofrecerle orientación para saber qué debe hacer.

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

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

SECCIÓN 3 Qué proceso debe usar para su problema

¿Su problema o inquietud están relacionados con sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas para determinar si la atención médica (artículos o servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte B) está cubierta o no, la modalidad de cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía sobre las determinaciones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 9, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DETERMINACIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía sobre las determinaciones de cobertura y las apelaciones

Las determinaciones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos

referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Part B como **atención médica.** Usted utiliza el proceso de determinación de cobertura y apelaciones para temas tales como saber si un servicio está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Cómo solicitar las determinaciones de cobertura antes de recibir los servicios

Si necesita saber si cubrimos una atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos una determinación de cobertura para su caso. Una determinación de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si nuestro médico de la red del plan le remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una determinación de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o que la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio al que se le remitió no se cubre en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una determinación de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de determinación de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se anule su solicitud. Si rechazamos una solicitud para una determinación de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una determinación de cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. En algunos casos, es posible que decidamos que la atención médica no está cubierta o que dejó de estar cubierta para usted. Si no está de acuerdo con esta determinación de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una determinación de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una determinación de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, usted puede pedir una apelación expeditiva o **apelación rápida** de una determinación de cobertura. Otros revisores, que no son los que tomaron la decisión original, son los encargados de manejar su apelación.

El proceso de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de nivel 1. En esta apelación, revisamos la determinación de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechaza una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud

de apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso donde se explique por qué la solicitud fue desestimada y cómo puede pedir una revisión de dicha desestimación.

Si rechazamos toda o parte de su apelación de nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Consulte la **sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2 para atención médica.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, puede continuar a través de niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier tipo de determinación de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga asistencia gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del nivel 2, tendrá que ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite 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).
  - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, el médico puede solicitar una determinación de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el nivel 1, se derivará en forma automática al nivel 2.
- **Puede pedirle a otra persona que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su *representante* para solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación.
  - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage). Este formulario le concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que actuará en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que no lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro del plazo para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso por escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la organización independiente de revisión que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. Existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar una determinación de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para sus diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que involucran apelaciones y determinaciones de cobertura. Cada situación tiene plazos y normas diferentes. En este capítulo proporcionamos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5**. Atención médica: cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**. Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 7**. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a su caso, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos el pago de nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 del Cuadro de Beneficios Médicos. En algunos casos, se aplican normas diferentes para solicitar un medicamento de la Parte B. En esos casos, le explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No recibe cierta atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una determinación de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea administrarle y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una determinación de cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió atención médica que considera que debe estar cubierta por el plan, pero le informamos que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó atención médica que considera que debe estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse el costo de dicha atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le informaron que la cobertura de ciertos servicios médicos que ha estado recibiendo y que nosotros aprobamos anteriormente se reducirá o se suspenderá, y usted considera que la reducción o suspensión de estos servicios podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
   Nota: **Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)**, consulte las Secciones 6 y 7 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una determinación de cobertura

Términos legales:

Una determinación de cobertura que involucra su atención médica se denomina **determinación de la organización.**

Una *determinación de cobertura rápida* se denomina **determinación expeditiva.**

Paso 1: Decida si necesita una determinación de cobertura estándar o una determinación de cobertura rápida.

Por lo general, la determinación de cobertura estándar se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, dentro de los 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o dentro de las 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una determinación de cobertura rápida se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o dentro de las 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una determinación de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes 2 requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya haya recibido).

- Puede obtener una determinación de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándares podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la función.

Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una determinación de cobertura rápida, automáticamente acordaremos otorgarle una determinación de cobertura rápida.

Si usted mismo solicita una determinación de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una determinación de cobertura rápida. Si no aprobamos una determinación de cobertura rápida, le enviaremos una carta con el siguiente contenido:

- Una explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
- Una explicación de que le otorgaremos una determinación de cobertura rápida automáticamente si su médico la solicita.
- Una explicación de cómo puede presentar una *queja rápida* acerca de nuestra decisión de otorgarle una determinación de cobertura estándar en lugar de la determinación de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Solicite a nuestro plan que tome una determinación de cobertura o una determinación de cobertura rápida.

- En primer lugar, llame o envíe una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura para la atención médica que usted desea. Esto lo puede hacer usted, su médico o su representante. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le informamos nuestra respuesta.

Para las determinaciones de cobertura estándares utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud para un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicita no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.

- Si usted considera que *no deberíamos* extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para las determinaciones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las determinaciones de cobertura rápidas utilizamos un plazo expeditivo.

Una determinación de cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más**. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
- Si usted considera que *no deberíamos* extender el plazo, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa para una parte o la totalidad de lo que ha solicitado, le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos los motivos de nuestra decisión.

Paso 4: Si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura de atención médica es negativa, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a solicitar que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Término legal:

Una apelación a nuestro plan sobre una determinación de cobertura de atención médica se llama una **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración expeditiva.**

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación rápida.

Por lo general, una apelación estándar se realiza dentro de los 30 días calendario, o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deberá decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos indica que su salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una determinación de cobertura rápida detallados en la sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si está por solicitar una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si está por solicitar una apelación rápida, presente la apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Usted debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos en respuesta a su solicitud de determinación de cobertura. Si usted no cumple esta fecha límite y tiene una justificación para no haberla cumplido, explique la razón del retraso de su apelación cuando la realice. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de justificaciones, pueden incluirse los siguientes: una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le entregamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Consideramos su apelación y le comunicamos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, revisamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
  - Si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
  - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período extendido si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud de forma automática al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una organización de revisión independiente. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que puede beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, le informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para formular una decisión si su solicitud es sobre un medicamento de la Parte B.
  - Si usted considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápido, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta en la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos autorizar o proveer la cobertura dentro de los 30 días calendario si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es por un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza parte o toda su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización independiente de revisión es la **Entidad de Revisión Independiente.** A veces se le denomina **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente que Medicare contrata. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta

organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación rápida, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de una *apelación rápida,* la organización de revisión independiente le deberá dar una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que la reciba.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización independiente de revisión necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización independiente de revisión no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si en el Nivel 1 tuvo una apelación estándar, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de una *apelación estándar,* si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente le deberá dar una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente deberá responder a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe la apelación.
- Si su solicitud es por un artículo o servicio médico y la organización independiente de revisión necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Part B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le informa su respuesta.

La organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la organización de revisión independiente responde positivamente a una parte o a toda la solicitud para un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente, en el caso de **solicitudes estándar**. En el caso de las **solicitudes expeditivas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente responde positivamente a una parte o a toda la solicitud para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente con respecto a las **solicitudes estándar.** En el caso de las **solicitudes expeditivas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente**.**
- **Si la respuesta de esta organización a su apelación es total o parcialmente negativa**, significa que están de acuerdo con nosotros sobre que si su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicándole la decisión.
  - Informándole sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cubrir un determinado mínimo. El aviso escrito que recibirá de la organización independiente de revisión le indicará la suma en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
  - Informándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, puede decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 niveles de apelaciones). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la sección 8, se explican los procesos de apelaciones del nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica

En el capítulo 5, se describen las situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Solicitar un reembolso significa que nos está solicitando una determinación de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una determinación de cobertura. Para tomar esta determinación de cobertura, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo normalmente en un plazo de entre 30 y 60 días calendario después de recibir su solicitud. Si no pagó por la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica no está cubierta o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la determinación de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones en la sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario de haber recibido su apelación. Si nos solicita un reintegro por atención médica que usted ya recibió y pago, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decidió que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios de hospital cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que reciba el alta. Le ayudarán a coordinar la atención que podría requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se determine su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.

- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud se considerará.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, usted recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le informarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de haber ingresado en el hospital, se le entregará una notificación por escrito denominada *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas con cobertura de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe un aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o un enfermero), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y realice preguntas si no lo entiende.** El aviso le indica lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de su alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar que se atrase la fecha de su alta, de manera que cubramos la atención hospitalaria por más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para constatar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - A usted o a la persona que actúe en su nombre se le pedirá que firme el aviso.
   - Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información acerca de sus derechos. El aviso no proporciona la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Conserve una copia** del aviso firmado para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
   - Si firma el aviso con más de 2 días calendario de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
   - Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede conseguir el aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 6.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si desea solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por un período más prolongado, utilice el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede comunicarse con su comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP), para recibir asistencia personalizada. Llame a State Health Insurance Assistance Program (Maryland) al 410-767-1100 o 800-243-3425 o a Health Insurance Counseling Project (Washington D.C.) al 202-727-8370. La información de contacto del SHIP está disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso. La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado y solicite una revisión *inmediata* de su alta hospitalaria. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
  - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar nada* mientras espera obtener la decisión de la Organización de Mejoramiento de Calidad.
  - **Si no cumple con este plazo, contáctenos**. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.

- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después que nos contacten le daremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se indica la fecha de alta prevista y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado de alta,** llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede obtener una muestra del aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted (o a su representante) los motivos por los que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente los motivos por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les proporcionamos.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron sobre su apelación, usted recibirá un aviso escrito de nuestra parte en el que se indica su fecha de alta prevista. En este aviso también se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de haber recibido toda la información necesaria, la Organización de Mejoramiento de Calidad le informará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos continuar brindando sus servicios hospitalarios cubiertos como paciente hospitalizado durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted deberá seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que su fecha programada para el alta es apropiada desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** el mediodía del día *después* de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le informe la respuesta de su apelación.

- Si la respuesta de la organización de revisión independiente es *negativa* y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización de Mejoramiento de Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización de Mejoramiento de Calidad da una respuesta *negativa* a su apelación *y* usted continúa hospitalizado después de la fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad que analice nuevamente su decisión sobre la primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización de Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Usted puede solicitar esta revisión solo si usted permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario después de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión respecto de su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar proporcionando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, siempre que sea médicamente necesaria.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomaron respecto a su apelación de Nivel 1.
- El aviso que usted reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si continuará su apelación en el Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelaciones). Si desea continuar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibe después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica domiciliaria, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral ambulatoria)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los 3 tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice su cobertura por esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte de los costos por su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención médica demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se explica cómo presentar una apelación.

Sección 7.1 Le indicaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. En este documento se explica cómo debe proceder para solicitar una **apelación por vía rápida**. Solicitar una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra determinación de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
   - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.

- Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. **Le pediremos a usted o a la persona que actúe en su nombre que firme el aviso por escrito para indicar que lo recibió.** Si firma el aviso, *solo* demuestra que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) para obtener ayuda personalizada. Llame a State Health Insurance Assistance Program (Maryland) al 410-767-1100 o 800-243-3425 o a Health Insurance Counseling Project (Washington D.C.) al 202-727-8370. En la Sección 3 del Capítulo 2 está disponible la información de contacto del SHIP.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización de Mejoramiento de Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización de Mejoramiento de Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en la salud a quienes el Gobierno federal les paga para verificar y mejorar la calidad de la atención para las personas cubiertas por Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan respecto de cuándo finaliza la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite una *apelación rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado, consulte el capítulo 2).
- Si no cumple con este plazo, y desea presentar una apelación, aún tiene los derechos para apelar. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad.

Actúe rápidamente:

- Para iniciar su apelación, usted debe comunicarse con la Organización de Mejoramiento de Calidad a más tardar **al mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con este plazo, y desea presentar una apelación, aún tiene los derechos para apelar. Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad utilizando la información de contacto en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejoramiento de Calidad de su estado están en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejoramiento de Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted o a su representante las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo puede hacer si así lo desea.
- La organización independiente de revisión también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le entrega.
- Al final del día, los revisores nos comunican su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* en la cual le explicaremos en forma detallada nuestras razones para terminar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de haber recibido toda la información que requieren, los revisores le informarán la decisión.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es afirmativa?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar brindando los servicios cubiertos mientras estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta de los revisores es negativa?

- Si la respuesta de los revisores es *negativa*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad que revise nuevamente la decisión que tomó respecto de la primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o atención en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) que reciba *después* de la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejoramiento de Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Solo puede solicitar esta revisión si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para dicha atención.

Paso 2: La Organización de Mejoramiento de Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejoramiento de Calidad volverán a analizar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que su cobertura finalizaría. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para la atención médica durante todo el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización de revisión independiente es negativa?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto a su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que usted reciba se le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. En este documento, encontrará información detallada sobre cómo continuar al siguiente nivel de apelación, que maneja un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con su apelación.

- Existen 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si decide presentar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador se encarga de la apelación de Nivel 3. En la Sección 8 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 8.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor dólar del producto o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor dólar es inferior al nivel mínimo, no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos que implican apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan de manera muy similar a los 2 primeros niveles. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **Juez de Derecho Administrativo** o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar.** A diferencia de una decisión de apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 3 que sea favorable para usted. Si apelamos la decisión, pasará a una apelación de Nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.

- **Si la respuesta del Juez de Derecho Administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará la apelación y le informará su respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar**. A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *podría* o *no* terminar**.
  - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es probable que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le informará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal del Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *se acepta* o *no se acepta* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

PRESENTAR QUEJAS

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.

Sección 9.1 ¿Qué tipo de problemas se abordan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se utiliza para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona le ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para acordar una cita o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan? ◦ Los siguientes son algunos ejemplos: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala exámenes médicos o esperar demasiado para adquirir un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿Fallamos en proporcionarle un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas siempre están vinculados con la	Si solicitó una determinación de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. A modo de ejemplo:

Queja	Ejemplo
puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las determinaciones de cobertura y las apelaciones).	• Nos solicitó una *determinación de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y le contestamos de forma negativa; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos de las determinaciones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para cubrir o reembolsar determinados servicios o artículos médicos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Término legal:

- Una **queja** también se denomina **queja formal.**
- **Presentar una queja** se denomina **presentar una queja formal.**
- **Utilizar el proceso para quejas** se denomina **utilizar el proceso para presentar una queja formal.**
- Una **queja rápida** se denomina **queja formal expeditiva.**

Paso 1: Contáctenos inmediatamente, por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, lo primero que debe hacer es llamar a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si hay algo más que debe hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Proceso para quejas formales estándar: puede presentar una queja formal mediante una llamada a Servicios para Miembros al número que aparece en el dorso de este folleto. A menudo podemos resolver su queja formal durante la llamada. Si no podemos resolver su queja formal durante la llamada, remitiremos su situación para que se haga una investigación más exhaustiva. También puede enviarnos su inquietud por escrito.

Envíe quejas por escrito sobre su cobertura médica a la siguiente dirección:

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
Attention: Appeals & Grievances Department

P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

Debe enviarnos su queja formal verbalmente o por escrito dentro de los 60 días posteriores al evento o incidente. Responderemos a su queja formal dentro de los 30 días calendario.

- **Quejas formales expeditivas:** si tiene una queja formal expeditiva, la cual es una queja sobre lo siguiente:
  - nuestra decisión de solicitar una extensión para una determinación de cobertura o apelación, la cual extendería el plazo 14 días más para proporcionar una decisión; o
  - Nuestra decisión de no acelerar su solicitud para una determinación de cobertura o apelación, debe llamar a Servicios para Miembros. Una queja formal expeditiva se revisará dentro de las 24 horas posteriores a su recepción. Le llamaremos para comunicarle el resultado de su queja formal expeditiva.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, podremos darle una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud para una determinación de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le aprobaremos un queja rápida.** Si tiene una queja rápida significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma total o parcial, o no asumimos la responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 9.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización de Mejoramiento de Calidad

Cuando su queja se refiere a la *calidad de la atención*, también tiene otras 2 opciones:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejoramiento de Calidad**.
  La Organización de Mejoramiento de Calidad es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para que revisen y mejoren la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

  O

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejoramiento de Calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 9.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8: Finalización de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute puede ser **voluntaria** (su propia decisión) o **involuntaria** (no es su propia decisión):

- Usted podría dejar nuestro plan porque ha decidido que *desea* retirarse. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que se nos exige que finalicemos su membresía. En la Sección 5 se explican las situaciones en las que debemos finalizar su membresía.

Si deja nuestro plan, este deberá seguir proporcionándole atención médica y usted seguirá pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- El **Período de inscripción anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Decida si desea conservar su cobertura actual o realizar cambios en ella para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
  - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
  - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigencia el 1 de enero.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos afiliados de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede hacer lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos separado de Medicare en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si usted también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en ese plan se iniciará el primer día del mes después de la fecha en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En determinadas situaciones, usted puede finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, es posible que los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute sean elegibles para poner fin a su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de inscripción especial en caso de que se produzca alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.medicare.gov.

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si violamos nuestro contrato con usted.
- Si recibe atención en una institución, como una residencia para ancianos o un hospital de atención de largo plazo (LTC).
- Si usted se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Los períodos 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). Los usuarios de TTY deberán llamar al 1-877-486-2048. Si usted es elegible para poner fin a su membresía debido a una situación especial, puede elegir

cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos. Puede elegir entre las siguientes opciones:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- *O* Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Su membresía generalmente finalizará** el primer día del mes después de que haya solicitado cambiar de plan.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Busque la información en el manual ***Medicare y Usted 2026***.
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Cómo finalizar su membresía en nuestro plan

En la siguiente tabla se explica cómo debería finalizar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• **Otro plan de salud de Medicare**	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• **Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado**	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Se cancelará automáticamente su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• **Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado**	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
	• También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute se cancelará cuando comience su cobertura en Medicare Original.

Nota: Si también tiene cobertura acreditable de medicamentos (p. ej., un plan de medicamentos de Medicare por separado) y la cancela, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare posteriormente, después de haber estado sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, usted debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, la hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si recibe el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe finalizar nuestra membresía del plan en ciertas situaciones.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe finalizar su membresía en el plan si se da alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Part A y Part B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
  - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).

- Si usted ya no es ciudadano estadounidense o no reside de forma legal en los Estados Unidos.
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarle a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
    - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute no tiene autorización para pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le ha pedido que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo usted puede presentar una queja formal o una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 9: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso de leyes aplicables

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas bajo la Ley del Seguro Social por los CMS (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni se expliquen en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, lo que incluye el Capítulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud y demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y todas las demás leyes y normas que se aplican por cualquier otro motivo.

Para obtener más información o si tiene alguna duda sobre discriminación o trato injusto, por favor llame a la **Oficina Derechos Civiles** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Department of Health and Human Services en https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención médica, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si desea presentar una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre sus derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según las reglamentaciones de los CMS en el Título 42 del CRF (Código de Reglamentaciones Federales), secciones 422.108 y 423.462, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario según las reglamentaciones de los CMS en los subapartados B a D del apartado 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute tiene derechos de subrogación y reembolso. La subrogación requiere que usted le ceda a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute todo derecho que pueda tener contra un tercero. Un tercero es cualquier persona, corporación, compañía aseguradora u otra entidad que pueda ser responsable ante usted por una lesión o enfermedad. Este derecho se aplica a la cantidad de beneficios pagados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute por lesiones o enfermedades donde un tercero podría ser responsable. Al plan se le otorgan los mismos derechos de subrogación y recuperación que están disponibles para el Programa Medicare en virtud de las normas del Pagador secundario de Medicare. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute puede usar cualquier derecho de recuperación que esté disponible para el Programa Medicare en virtud del Título 42 del U.S.C., Secciones 1395mm(e)(4) y 1395w-22(a)(4), y del Título 42 del C.F.R., Partes 411 y 422.

Recuperación significa obtener éxito en una demanda, cobrar u obtener una suma; obtener una sentencia favorable o definitiva; obtener una suma por cualquier vía legal; una suma finalmente cobrada o la suma de la sentencia como resultado de una acción entablada contra un tercero o que implique reclamaciones de automovilistas sin seguro o con seguro insuficiente. Una recuperación no incluye el contenido del Capítulo 9 (EOC): los pagos que se le realizan a usted en virtud de una póliza de protección contra lesiones personales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute no recuperará gastos médicos de su parte, a menos que usted recupere gastos médicos en una acción legal.

- **A.** Debe notificar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute tan pronto como sea razonablemente posible que existe la posibilidad de que un tercero sea responsable de las lesiones o enfermedades para las que se proporcionan o pagan los beneficios.
- **B.** En la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute sean resultado del suceso que dio origen a la acción legal, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute será subrogado y adquirirá cualquier derecho de recuperación que usted pueda tener contra cualquier persona u organización.

C. Usted deberá pagar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute el monto recuperado mediante demanda, acuerdo u otro medio, proveniente de cualquier compañía aseguradora de un tercero, cualquier cobertura de conductor no asegurado o con un seguro insuficiente, o según lo permita la ley, en la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute sean resultado del suceso que dio origen a la acción legal.

D. Usted debe proporcionar información y asistencia, y firmar los documentos que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute pueda requerir para facilitar el ejercicio de estos derechos. Usted no realizará ningún tipo de acción que perjudique los derechos e intereses de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.

E. En una reclamación de subrogación que surja de una reclamación de lesión personal, el monto recuperado por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute puede reducirse de la siguiente manera:

1. Dividiendo el monto total de la recuperación por lesiones personales entre el monto total de los honorarios de los abogados en los que incurre la persona lesionada por los servicios prestados en relación con la reclamación de la persona lesionada; y
2. Multiplicando el resultado por el monto de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute. Este porcentaje no puede exceder un tercio (1/3) de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.

F. Si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute lo solicita por escrito, cuando usted o su abogado soliciten una reducción de la reclamación de subrogación, deberán presentar ante CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute un certificado en el que se indique el monto de los honorarios legales incurridos.

CAPÍTULO 10: Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o el pago de servicios que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor al costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, usted solo tiene que pagar los montos de los costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones** de saldo o que de otro modo le cobren más del monto de los costos compartidos que debe pagar según se establece en nuestro plan.

Período de beneficios: es la forma que utilizan nuestro plan y Medicare Original para medir su uso de los servicios que recibe en un hospital y un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando usted no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días seguidos. Si ingresa en un centro de enfermería especializada después de que ha finalizado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios. Para nuestro plan, un período de beneficios comienza el día en que usted entra en un hospital como paciente hospitalizado. El período de beneficios finaliza cuando se le da el alta del hospital. Si ingresa en un hospital como paciente hospitalizado después de la finalización de un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios en el que se reinician los copagos. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan Chronic-Care Special Needs: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, el 20%), como su parte del costo de los servicios.

Monto máximo de gastos de bolsillo combinados: este es el monto máximo que usted pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos). Consulte el capítulo 4, sección 1.2, para obtener información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo combinados.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso para presentar quejas *solo* se utiliza para determinados problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye las quejas que realice si nuestro plan no cumple con los tiempos designados en el proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): un centro que provee principalmente servicios de rehabilitación a pacientes que tuvieron una enfermedad o lesión como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del contexto familiar.

Copago: monto que debe pagar como parte del costo por servicios o suministros médicos tales como una visita al médico, una visita en un centro hospitalario de atención ambulatoria o una receta. El copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), en lugar de un porcentaje.

Costos compartidos: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier deducible que un plan puede imponer antes de cubrir servicios; (2) cualquier monto fijo de *copago* que un plan exige para recibir servicios específicos o (3) cualquier monto de *coseguro*, un porcentaje del monto total pagado por un servicioque el plan exige para recibir servicios específicos.

Servicios cubiertos: es el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe cubrir, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: la atención de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionado por personas sin capacitación o habilidades profesionales, incluye la ayuda para actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, entrar o salir de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre la atención de custodia.

Deducible: es el monto que debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan pague.

Darse de baja o **Cancelar la inscripción:** el proceso de cancelar su membresía en el plan.

Planes Dual Eligible Special Needs (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal según Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: una persona que cumple los requisitos para obtener la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de rueda, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o bien la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: se refiere a los servicios cubiertos que son: 1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) y divulgación de información: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros anexos, cláusulas adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, describe su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

“Ayuda Adicional” (Extra Help): un programa de Medicare destinado a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Queja formal: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan o nuestros proveedores, incluidas las quejas por la calidad de la atención. Esto no incluye disputas por cobertura o pagos.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que provee servicios que no requieren las destrezas de un miembro del personal de enfermería o terapeuta autorizado, como asistencia de cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

Cuidados paliativos: un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que está médicamente certificado como persona con una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan le proporciona una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si opta por un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, aún es miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como otros beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalizaciones: sucede cuando un paciente ingresa formalmente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un *paciente ambulatorio*.

Período de inscripción inicial: es el período en que puede inscribirse en Medicare Part A y Part B cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si usted es elegible para Medicare cuando

cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluido el mes en que cumple 65 años, y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red: es el monto máximo que pagará por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores dentro de la red (preferidos). Una vez que haya alcanzado este límite, no tendrá que pagar nada cuando obtenga servicios cubiertos de proveedores dentro de la red durante el resto del año del contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto de gastos de bolsillo combinado, debe continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Subsidio por bajos ingresos (LIS): Consulte “Ayuda Adicional” (Extra Help).

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales varían, pero la mayoría de los costos de atención médica se encuentran cubiertos si usted es elegible tanto para Medicare como para Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65, algunas personas menores de 65 con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Periodo de inscripción abierta en Medicare Advantage: período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Part C, un plan ofrecido por una compañía privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de Medicare Part A y Part B. Un Plan de Medicare Advantage puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Plan Private Fee-for-Service (PFFS) o un iv) Plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por Medicare Part A y Part B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “Servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios

adicionales, como servicios para la vista, dentales o auditivos, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en nuestro plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, los Planes de costos de Medicare, los Planes para necesidades especiales, los Programas de demostración/piloto y los Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Part D): seguro de asistencia económica para pagar medicamentos recetados, vacunas, compuestos biológicos y ciertos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare Part A o Part B.

Póliza de Medigap (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguro privadas para cubrir las *brechas* en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo se aplican a Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): es un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para Miembros: es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otras instalaciones de atención médica que están autorizadas o certificadas por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y proveer servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Periodo de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Determinación de una organización: una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan determinaciones de cobertura.

Medicare Original (Medicare Tradicional o Medicare de Pago por Servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes de Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. Según Medicare Original, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. A usted le corresponde pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya.

Medicare Original tiene 2 partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan relacionado con la coordinación o provisión de servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están contratados por nuestro plan, ni son de su propiedad ni están gestionados por él.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de costos compartidos. El requisito de costos compartidos debido al cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Plan PACE: un Plan PACE (Programa de Atención para Ancianos con Todo Incluido) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (LTSS), y está destinado a ayudar a que personas frágiles continúen siendo independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben beneficios de Medicare y de Medicaid a través del plan.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: del Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Plan Preferred Provider Organization (PPO): un Plan Preferred Provider Organization es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un Plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Los costos compartidos correspondiente a los miembros en general será más alto cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de su bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se efectúa a Medicare, una compañía de seguros o un plan de salud por cobertura médica o de medicamentos recetados.

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolau, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que consulta primero por la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios cubiertos según criterios específicos. En lo que respecta a la red de una PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera

de la red. Sin embargo, le recomendamos que consulte con nuestro plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por nuestro plan y cuál es su responsabilidad en los costos compartidos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están señalados en el Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4.

Dispositivos protésicos y ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda, cuello, miembros y ojos artificiales; y aparatos necesarios para reemplazar una parte o una función corporal interna, como suministros ostómicos y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO): es un grupo de médicos practicantes y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para revisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: entre estos servicios se incluyen la rehabilitación de pacientes hospitalizados, la fisioterapia (ambulatoria), la terapia del habla y del lenguaje, y la terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre algunos de los ejemplos de atención, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Período de inscripción especial: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Medicare Original. Entre las situaciones en las que podría ser elegible para un Período de inscripción especial se incluyen las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a una residencia para ancianos o si incumplimos nuestro contacto con usted.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los vivir en una residencia para ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI): un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas de bajos ingresos y recursos que tienen discapacidades, ceguera o son mayores de 65. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios requeridos urgentemente: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de los proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios requeridos urgentemente son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor (como los chequeos anuales) que no se consideran requeridas de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
Llame	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre Los Servicios para Miembros 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8 a. m. a 8 p. m., EST (hora del este), y de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Número de fax	844-961-0696
Escriba	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Services Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos es un programa estatal que recibe dinero del Gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Método	Maryland SHIP: información de contacto
Llame	410-767-1100 o 800-243-3425
TTY	711.
Escriba	State Health Insurance Assistance Program Maryland Department of Aging 36 S Charles Street, 12th Floor Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://aging.maryland.gov/Pages/state-health-insurance-program.aspx

Método	Washington DC SHIP: información de contacto
Llame	202-727-8370
TTY	711.
Escriba	Health Insurance Counseling Project D.C. Department of Aging 250 E Street SW Washington, DC 20024
Sitio web	https://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling

Declaración de divulgación de PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*