

2027

Evidencia de cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (PPO)

1 de enero de 2027 - 31 de diciembre de 2027

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., licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross y Blue Shield.

Y0154_H7379_MA04584IND_C_SPN

1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

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

En este documento se proporciona información detallada acerca de la cobertura de salud de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

En este documento se detallan sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima del plan y los costos compartidos
- Sus beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse 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 es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.º 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 esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a CareFirst Advantage PPO, Inc. CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage. Cuando dice “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). Podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos si lo necesita.

Los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

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_MA04584IND_C_SPN

Aprobación OMB 0938-1051 (Vence: el 31 de julio de 2029)

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 6

SECCIÓN 1 Usted es miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute 6

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan 7

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía 8

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2027 9

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 10

SECCIÓN 6 Mantenga actualizados los datos de su membresía en el plan 10

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 11

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos..... 13

SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute..... 13

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 16

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) 17

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO) 18

SECCIÓN 5 Seguro Social 19

SECCIÓN 6 Medicaid 20

SECCIÓN 7 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 21

SECCIÓN 8 Si tiene algún seguro grupal u otro seguro médico de su empleador 22

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 23

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan..... 23

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica..... 24

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 28

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos? 31

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica..... 31

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica..... 33

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero..... 34

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)..... 36

SECCIÓN 1 Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos..... 36

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos..... 38

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)..... 135

CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por servicios médicos cubiertos 138

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por los servicios cubiertos 138

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió 140

SECCIÓN 3 Consideraremos la solicitud de pago y le otorgaremos una aprobación o denegación 141

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades 142

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... 142

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 159

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 161

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud..... 161

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada..... 162

SECCIÓN 3 Qué proceso puede utilizar para resolver su problema 162

SECCIÓN 4 Guía sobre las determinaciones de cobertura y apelaciones 163

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una determinación de cobertura o presentar una apelación 166

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto..... 175

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto..... 180

SECCIÓN 8 Cómo presentar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 185

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 186

CAPÍTULO 8: Finalización de la membresía en nuestro plan 191

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan 191

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía a nuestro plan? 191

SECCIÓN 3 Cómo dar de baja su membresía en nuestro plan 193

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan 194

SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones 195

CAPÍTULO 9: Avisos legales 197

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 197

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 197

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 198

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación 198

CAPÍTULO 10: Definiciones 200

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos 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 un plan PPO de Medicare

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute es un plan PPO 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* forma parte de nuestro contrato con usted y explica cómo CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cubre 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 está vigente durante los meses en que esté inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

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 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cada año. 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 de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Está inscrito en Medicare Part A y Medicare Part B.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran dentro del área geográfica de servicio aunque se encuentren físicamente en ella.
- Es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano que reúna los requisitos.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute está disponible únicamente 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 servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos estados: Maryland y Washington, D.C.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro 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 que le permitirá cambiarse al Original Medicare o inscribirse en un 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).

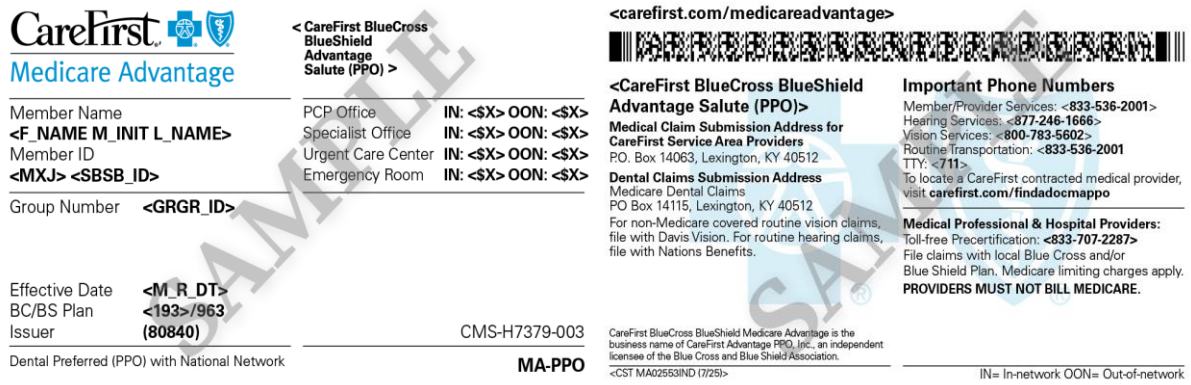
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano que reúne los requisitos

Debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o cumplir los requisitos de participación como no ciudadano, 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, por este motivo, usted no reúne los requisitos para continuar como miembro de nuestro plan. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Utilice su tarjeta de membresía siempre que reciba los servicios que cubre nuestro plan. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Muestra de la 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 usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, es posible que tenga que pagar de su bolsillo 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 para enfermos terminales o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también conocidos como ensayos clínicos).

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/ medicare-advantage-plan-resources.html enumera nuestros actuales proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos. **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 elegir 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* solicitados en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
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 de la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	**De proveedores dentro de la red: $5900** **De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $8950**
Visitas al consultorio de atención primaria	**$0 de copago por visita**
Visitas a consultorios de médicos especialistas	**$30 de copago por cada visita**
Hospitalizaciones Incluye diversos tipos de hospitalizaciones, como rehabilitación para casos agudos y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se formaliza su ingreso por orden médica y termina el día anterior al día en que recibe el alta.	**$335 de copago por día para los días 1-5,** **$0 de copago por día para los días 6-90**

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

No paga una prima mensual del plan por separado para CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute.

Las primas de la Parte B de Medicare varían para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare y Usted 2027* en la sección llamada *Costos de Medicare de 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben 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 una reducción de la prima de la Parte B de $100 al mes, que se deduce automáticamente de su prima mensual total de la Parte B. **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 Su prima mensual del plan no cambiará durante el año

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

SECCIÓN 6 Mantenga actualizados los datos de su membresía en el 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 su plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios están cubiertos y cuáles son sus montos de costo compartido**. Por esta razón, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

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

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que se detallará cualquier otra cobertura médica o de medicamentos de la 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 deba proporcionar el número de identificación de miembro de nuestro plan a sus otras compañías de seguros (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Si tiene un seguro adicional (como cobertura médica grupal del empleador), Medicare tiene reglas que estipulan quién paga primero, si nuestro plan o su seguro adicional. 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 la cobertura principal no

abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron 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 un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) sigue trabajando, el plan de salud grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de 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. Únicamente pagan después de que hayan pagado Medicare, los planes de salud grupales del empleador o Medigap.

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute

Para obtener ayuda con reclamaciones, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre Servicios para Miembros 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
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 pagamos 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 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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
Número de fax	Número de fax para decisiones de cobertura médica: 443-753-2346 Número de fax para apelaciones médicas: 844-405-2158
Escriba	Determinaciones de cobertura: CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Preservice Review Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117 Apelaciones: CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Analysis P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

Cómo presentar una queja sobre la atención médica

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 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
Número de fax	844-405-2158
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 acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que recibió

Si recibió una factura o pagó servicios (como la factura de un proveedor) que considera que nos corresponde pagar a nosotros, es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos 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	+1 (833) 536 2001, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre Las llamadas a este número son gratuitas
TTY	711

Solicitudes de pago: información de contacto	
	Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.° de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.° de abril al 30 de septiembre
Número de fax	855-215-6947
Escriba a	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Claims Reimbursement P.O. Box 14063 Lexington, KY 40512
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, ciertas personas menores de 65 años 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 de Medicare Advantage, lo cual incluye nuestro plan.

Medicare: información de contacto	
Llame	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere 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 Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba a Medicare a la dirección PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare: información de contacto	
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos que participan en Medicare u otros proveedores y proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes preventivos, 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, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare acerca de cualquier queja que tenga sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute: **Para presentar una queja ante Medicare,** visite 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 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas 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 Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro Médico es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud también pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Información de contacto del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP de Maryland)	
Llame	+1 (410) 767 1100 o +1 (800) 243 3425
TTY	711
Escriba a	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

Proyecto de Asesoramiento sobre Seguros Médicos (SHIP de Washington D.C.): información de contacto	
Llame	202-727-8370
TTY	711
Escriba a	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 atiende a las personas con Medicare en cada estado. Para Maryland y 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 (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 días festivos, de 10 a. m. a 4 p. m. (hora local). Servicio de correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	711
Escriba a	Commence Health BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
Sitio web	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informarles.

Seguro Social - Información de contacto	
Llame	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.

Seguro Social - Información de contacto	
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 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes.
Sitio web	ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es 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 con Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Part A y Medicare Part B, así como otros costos compartidos (como deducibles, coaseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Part B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Part B
- **Personas con discapacidad calificadas que trabajan (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Part A

Para obtener más información sobre Medicaid y los Programas de Ahorros de Medicare, 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

Maryland Medical Assistance – Información de contacto	
Escriba a	Maryland Department of Health 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://mmcp.health.maryland.gov

Medicaid de DC: información de contacto	
Llame	202-671-4200 De lunes a viernes, de 8:15 a. m. a 4:45 p. m.
TTY	711
Escriba a	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)

Railroad Retirement Board es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe sus servicios de Medicare por medio de Railroad Retirement Board, debe informarles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Railroad Retirement Board, comuníquese con la agencia.

Railroad Retirement Board (RRB): Información de contacto	
Llame	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de 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 RRB y a información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.

Railroad Retirement Board (RRB): Información de contacto	
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	https://RRB.gov

SECCIÓN 8 Si tiene algún seguro grupal u 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 de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros están impresos al reverso de este documento). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare según 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 explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de nuestro plan para atención médica. Para obtener detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto pagará cuando reciba atención, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos que se encuentra 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 facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga la parte del costo que le corresponde por sus servicios.
- **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 Reglas básicas para que nuestro plan cubra su cuidado médico

Como plan de salud de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute generalmente cubrirá su cuidado médico siempre que:

- **La atención médica que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba 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 están listados 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, 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 de la red y fuera de la red para obtener su atención médica

Sección 2.1 Puede elegir un Proveedor de Atención Primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

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 razón, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar de participar en la red de proveedores de nuestro plan y usted tenga que elegir un PCP nuevo.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específicos. 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 necesita una remisión de un PCP para consultar 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 puede obtenerse a través 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 su 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 cubrirá o no Medicare. Asegúrese de preguntar a su proveedor si un servicio está cubierto. Los proveedores deben informarle cuando algo no esté cubierto y darle un aviso por escrito o informarle verbalmente cuando Medicare no cubra 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) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja 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 ellos o si los consultó en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que siga recibiendo atención.
- 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 brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un beneficio o un proveedor dentro de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, con el mismo costo compartido que si fuera 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 administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar 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 a nuestro plan, o ambos (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 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.** 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, 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.
- No necesita una derivación 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, solicite una determinación de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que recibirá están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo solicitar determinaciones de cobertura). Esto es importante por los siguientes motivos:
    - Sin una determinación de cobertura antes de la visita, nuestro plan puede denegar la cobertura si posteriormente determina que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, en cuyo caso usted será responsable del costo total. Si decidimos que no cubriremos los servicios que recibió, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención (consulte el Capítulo 7 para saber 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, 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 necesidad urgente de atención

Sección 3.1 Recibir atención si tiene una emergencia médica

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 médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, en caso de estar embarazada, la pérdida de su bebé), 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.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir 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 United States o en sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal pertinente, incluso si no son parte de nuestra red. También cubrimos servicios de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- **Asegúrese lo antes posible de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted o alguien más debe llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las primeras 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros al 833-536-2001 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1.º de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, de lunes a viernes, del 1.º de abril al 30 de septiembre (los usuarios de TTY deben llamar al 711. Esta información también se encuentra 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, 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 haya creído razonablemente que su salud corría grave peligro, cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico diga que no se trata de una emergencia, el monto de costos compartidos que usted pague dependerá de si recibe la atención de proveedores de la red o 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 Recibir atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dadas la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina médicamente necesarias al proveedor, como los controles de salud anuales, no se consideran servicios 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.

Puede recibir atención de urgencia a través de centros de atención de urgencia o mediante opciones de telesalud y en línea. El *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 lo ingresan en un hospital, el plan no cubrirá los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su atención de urgencia.

Si recibe un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se brinden los servicios. Posteriormente, puede presentar las reclamaciones y el 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 médica imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata.

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

Si recibe un servicio 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 el 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 Obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el secretario de Salud y Servicios Humanos 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 nuestro 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, nuestro 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 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 la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre y que no son servicios de emergencia ni servicios de necesidad urgente, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En los servicios cubiertos que tengan una limitación de beneficios, también pagará el costo total de cualquier servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de agotar el beneficio no se tomará en cuenta para el el monto 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, por ejemplo, observar el funcionamiento 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 necesarios 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 avisarnos ni obtener nuestra aprobación. Los profesionales médicos que le brinden

atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar 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 evidencia (NCDs-CED) y estudios de exención de dispositivos de 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 no aprobado por Medicare, será responsable de pagar todos los costos por su participación en el estudio.

Sección 5.2 Quién paga por 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 paga 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 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 realiza una prueba de laboratorio que cuesta $100. Su parte del costo de estos análisis es de $20 con Medicare Original, pero el análisis solo sería de $10 según nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por el análisis y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. A continuación, deberá informar a nuestro plan que recibió un servicio de un ensayo clínico calificado y presentar la documentación (como la factura de un proveedor) al plan. Entonces, nuestro plan le pagaría directamente $10. Esto hace que su pago neto para el análisis sea de $10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan.

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

- Generalmente, Medicare no pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted no participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no para ser utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no cubrirá los gastos por las CT mensuales que se realizan como parte de un estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una CT.
- Artículos y servicios proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para las personas en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare y los estudios de investigación clínica,* disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. 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 religiosa no médica 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 proporcionaremos cobertura para que reciba 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 no médica).

Sección 6.2 Cómo obtener atención de una institución religiosa no médica 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.

- El tratamiento médico **exceptuado** es la atención o el tratamiento médico que recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por la ley federal, estatal o local.

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, aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para atención en hospital para pacientes hospitalizados o atención en centros 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 No poseerá equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos de acuerdo a nuestro plan

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) 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 IV, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para que los miembros lo usen en el hogar. El miembro siempre será el propietario de algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

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 incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo 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 DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se pase a Medicare Original para poder ser dueño del artículo DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan como parte de estos 13 pagos.

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

Ejemplo 2: realizó 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresó a Medicare Original. Tendrá que realizar 13 nuevos pagos 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

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

- 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 deja CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolverlo.

¿Qué sucede si abandona su 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. Para los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido aplicable por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En ese momento, el ciclo de 5 años vuelve a empezar, incluso si sigue en la misma compañía, y otra vez se le exige pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si usted se inscribe o abandona nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

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. Esta sección también proporciona información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que debe pagar por servicios cubiertos

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

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

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Qualified Medicare Beneficiary (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguro. Si participa 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 Medicare Part A y Part B?

Según nuestro plan, existen 2 límites diferentes sobre lo que debe pagar 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 recibió de proveedores de la red. Los

montos que paga por copagos y coseguro 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 las primas del plan y los 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 cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Estos servicios están señalados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos). Si 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, debe seguir pagando la prima de nuestro plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).

- Su **monto máximo de gastos de bolsillo combinado** es de $8950. 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 tanto dentro como fuera de la red. Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo combinado. (Los montos que paga por las primas de nuestro plan no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado. Estos servicios están señalados en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si paga $8950 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún gasto de bolsillo durante el resto del año para servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

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 denomina **facturación de saldo**. 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 la 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 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 del plan (esto se determina en el contrato entre el proveedor y el 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 cree que un proveedor le ha facturado el 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 páginas siguientes, se enumeran los servicios que cubre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute y lo que paga de su bolsillo 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 los 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 no puede 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 enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *únicamente* si su médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa) de nuestra parte.

- 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 proporcionados por 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 costo compartido 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 servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que noparticipa 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, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En el caso de otros, paga *menos.* (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted 2027* . Consúltelo en línea en 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 dichos servicios sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control para una afección médica existente durante la visita en que reciba el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para dicha afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura de nuevos servicios durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán dichos servicios.

Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas: Información importante sobre los beneficios para afiliados con afecciones crónicas.

Si se le diagnostica alguna de las siguientes 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,
- HIV/SIDA,
- Trastornos pulmonares crónicos,
- Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes,
- Trastornos neurológicos,
- Accidente cerebrovascular,
- Posterior a un trasplante de órganos,
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores,
- Afecciones asociadas con el 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 responder preguntas relacionadas con SSCBI en la Evaluación de riesgos de salud confirmando lo siguiente:
    - Tiene una o más afecciones crónicas comórbidas y médicamente complejas de la lista anterior que son potencialmente mortales o limitan significativamente la salud o el funcionamiento general.
    - Tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos.
    - Requiere coordinación intensiva de la atención.

- El plan puede optar por confirmar el diagnóstico a través de una revisión de reclamaciones.
- Consulte la fila Beneficios suplementarios especiales para enfermos crónicos en el Cuadro de Beneficios Médicos a continuación para obtener más detalles.
- Comuníquese con nosotros para conocer exactamente a qué beneficios puede tener derecho.

**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
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertos 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 específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.) • No asociado con una cirugía • No 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.	Copago de $0 en el consultorio de un PCP o copago de $30 en el consultorio de un especialista por cada visita de acupuntura cubierta por Medicare. $20 de copago por servicios de acupuntura adicionales más allá 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 monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo 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 tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden brindar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) y el personal auxiliar pueden brindar servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con: • un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Medicina Oriental (ACAOM); y • 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 brinde servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS, según lo exijan nuestros reglamentos. Nuestro plan también cubre servicios de acupuntura de rutina, además de los servicios de acupuntura para dolor lumbar crónico.		

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
Artículos de venta libre (OTC) Una asignación para productos de venta libre (OTC) mediante el envío por correo, una amplia selección de medicamentos, suministros y productos de autocuidado, disponibles sin receta. Los ejemplos de artículos OTC incluyen, entre otros: vendas adhesivas o elásticas, antihistamínicos, analgésicos, descongestionantes, antiinflamatorios, antisépticos, somníferos, suplementos, suministros para la incontinencia, medias de compresión, dentífricos, adhesivos para prótesis dentales, limpiadores de prótesis dentales y estimuladores de encías. El catálogo 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 compra de artículos de venta libre (OTC) mediante pedido por correo a través de nuestro proveedor.	La cobertura y los límites de beneficios son los mismos dentro y fuera de la red. El máximo se combina dentro y fuera de la red. Los miembros deben usar el pedido por correo para las compras de OTC dentro y fuera de la red. Los miembros deben proporcionar comprobantes de compra y de pago. Proporcione esta información a través de http://carefirst.nationsbenefits.com/ o por correo electrónico a reimbursement@nationsbenefits.com. Una vez procesado, el reembolso puede tardar hasta 3 meses en enviarse por correo y debe solicitarse a más tardar el 31 de diciembre del año del plan.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:	$110 de copago por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El copago se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección médica.	

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
• Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia • 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 usted presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar un fallecimiento (y, si usted es una mujer embarazada, la pérdida de un hijo por nacer), la pérdida de una extremidad o de 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 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 hospitalizados relacionados con su emergencia no estarán cubiertos por el plan. Si recibe un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable del pago en el	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 permanece en un hospital fuera de la red, su hospitalización estará cubierta, pero pagará el monto de costos compartidos fuera de la red por la parte de su estadía después que le hayan estabilizado. **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 una sala de emergencias en todo el mundo. Límite combinado de $50,000 (USD) por año para servicios de emergencia y atención urgente 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
momento en que se presten los servicios. Posteriormente, puede presentar las reclamaciones y el 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 médicos ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/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 personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por año	Copago de $25 por cada examen de los ojos cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Copago de $0 por cada visita para la prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare. $0 de copago por cada examen ocular diabético (uno por año calendario). El beneficio de la visión no se puede combinar con ningún	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red $200 de máximo para todos los anteojos. Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un 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 brindamos cobertura a través de Davis Vision: • Examen de la vista para diabéticos • Examen de la vista de rutina • Anteojos adicionales, que incluyen lentes con receta y un par de armazones o lentes de contacto. Para obtener más detalles sobre las asignaciones y la cobertura de la vista de rutina, comuníquese con Davis Vision al 888-573-2990 (TTY: 711).	descuento ni promoción ofrecido por el proveedor. Para que se apliquen los beneficios, es necesario utilizar el seguro en el momento de la venta. $0 de copago por un examen de la vista de rutina (incluye dilatación y refracción), una vez cada año calendario. **Cobertura adicional para artículos para la vista:** Artículos para la vista (armazones y lentes): - Algunos armazones comprados de la colección exclusiva de Davis Vision estarán cubiertos en su totalidad a través de nuestro proveedor. - $200 de asignación anual para cualquier otro armazón. - Los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares tienen $10 de copago al año por cada tipo de lente. Lentes de contacto	

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
	(por motivos médicos y no médicos): - Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos en su totalidad a través de Davis Vision. - $250 de asignación anual para lentes de contacto por motivos no médicos. - La evaluación y ajuste de lentes de contacto tiene un reembolso máximo de $60. Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	
Atención de una agencia de atención médica domiciliaria Antes de recibir servicios de atención médica domiciliaria, un médico debe certificar que necesita dichos servicios y deberá ordenar que una agencia de atención médica domiciliaria brinde tales servicios. Debe estar confinado en su hogar, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor.	*Es posible que se requiera autorización previa y sea responsabilidad del proveedor.* Copago de $0 por las visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y asistente de atención domiciliaria a tiempo parcial o intermitentes (para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y asistente de atención domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas al día y 35 horas a la semana en total) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos		
Atención en centros de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10. En ocasiones, 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 esto es responsabilidad del proveedor.* Por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare: $0 de copago por día para los días del 1 al 20, $200 de copago por día para los días del 21 al 100 Un período de beneficios comienza el día en que ingresa a un centro de enfermería	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red. Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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 privada, si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que se le administren como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación sanguínea) • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utilice. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente proporcionados por los SNF. • Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por los SNF.	especializada. El período de beneficios finaliza cuando 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
• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente proporcionados por los SNF. • Servicios de médicos u otros profesionales de la salud. En general, recibe atención de SNF en los centros de la red. Bajo ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podría pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no sea una proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago establecidos de nuestro plan. • Una residencia para ancianos o una comunidad de retiro de atención continua donde usted vivía justo antes de acudir al hospital (siempre que se proporcione la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo al momento de salir del hospital		
Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados Incluye servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por afecciones agudas, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención en un hospital para pacientes hospitalizados comienza el día en que se le admite	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.* Por cada estadía en el hospital como paciente internado cubierta por Medicare: $335 de copago por día para los días 1-5,	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red. Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.

formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de atención intensiva o coronaria) • Fármacos y medicamentos • Análisis 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	$0 de copago por día para los días 6-90 Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red luego de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro 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
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 patrón de atención de la comunidad, puede optar por recibir atención a nivel local siempre que los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. 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 traslados y alojamiento relacionados con el trasplante de órganos para miembros elegibles que cuenten con una autorización previa aprobada para un trasplante de órganos cubierto por Medicare que se realice 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).		

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
Los gastos de viaje y alojamiento están cubiertos para el receptor (excluyendo el ingreso hospitalario como paciente internado) y su acompañante, sujetos a la elegibilidad del receptor y a una autorización previa aprobada. El reembolso máximo total combinado permitido para traslados 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 a partir de la primera pinta. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del centro. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con		

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
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 disponible en* medicare.gov/publications/ 11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.		
Atención médica mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y de parejas con licencia (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables.	$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 cada 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.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
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 asignación anual cubre este beneficio en su totalidad a través de nuestro proveedor contratado.	Reembolso anual de $5 por un beneficio de acondicionamiento físico que coincide con la descripción de la

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 conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes[1], donde puede tomar 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 a las clases en línea de ejercicio grupal especialmente diseñadas y dirigidas por instructores, los siete días de la semana con SilverSneakers LIVE. Además, SilverSneakers Community le brinda opciones para mantenerse activo fuera de los gimnasios tradicionales en centros de recreación, parques y otros lugares del vecindario. SilverSneakers también lo conecta a una red de apoyo y recursos en línea a través de videos 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. Si tiene preguntas adicionales, visite SilverSneakers.com o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. **Consulte siempre con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.** Exclusiones: cuotas o cargos de membresía (p. ej., un club de campo,		cobertura dentro de la red y sus límites. El miembro es responsable de solicitar el reembolso y debe proporcionar a nuestro proveedor un comprobante de compra y un comprobante de pago. Inicie sesión en su cuenta de SilverSneakers, visite el Portal de presentación de reembolsos fuera de la red y cargue sus documentos para solicitar un reembolso, o llame al 1-888-423-4632 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este, para obtener ayuda. Una vez procesado, el reembolso puede tardar hasta 3 meses en enviarse por correo y debe solicitarse dentro de los 30 días posteriores al uso de su beneficio de acondicionamiento físico.

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 piscina o un campo/club de golf, clubes de tenis/pickleball, gimnasios boutique como estudios de pilates), equipos de acondicionamiento físico o suscripciones a aplicaciones de acondicionamiento físico. [1]Los lugares participantes ("PL") no pertenecen ni operan a través de Tivity Health, Inc. ni sus filiales. El uso de los PL y sus servicios se limita a los términos y condiciones de la membresía básica en los PL. Las instalaciones y los servicios varían según el PL. La inclusión de PL específicos no está garantizada y la participación en PL puede diferir según el plan de salud. [2]La membresía incluye las clases de acondicionamiento físico grupales dirigidas por instructores de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen clases adicionales a los miembros. Las clases varían según la ubicación. SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2026 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.		
Beneficios suplementarios especiales para personas con enfermedades crónicas Los miembros que cumplan ciertos requisitos de elegibilidad (consulte la lista a continuación) pueden usar la totalidad o una parte de la asignación mensual de $75 para comprar	Asignación mensual de $75 para comestibles, servicios públicos y alquiler. La cobertura de beneficios y los límites son los mismos dentro y fuera de la red. El máximo se combina dentro y fuera de la red. Los miembros deben usar el pedido por correo para las compras de OTC dentro y 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
comestibles (p. ej. bebidas, alimentos congelados, alimentos no perecederos/perecederos, vitaminas, suplementos dietéticos, nutrición para la salud y el bienestar en casos de diabetes o control del peso), servicios públicos (tenga en cuenta que algunas compañías de servicios públicos no permitirán pagos parciales; consulte con su compañía antes de usar la tarjeta) o alquiler (tenga en cuenta que algunas compañías de alquiler o arrendadores podrían no aceptar pagos con la tarjeta prepagada de atención médica, ya sean totales o parciales. Habrá un proceso de reembolso establecido para brindar asistencia; sin embargo, se requerirá un recibo de pago) a través de una tarjeta prepagada de atención médica proporcionada por el plan cuando se una al plan. Las afecciones elegibles son: • 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 (ERC),	Los miembros deben proporcionar comprobantes de compra y de pago. Proporcione esta información a través de http://carefirst.nationsbenefits.com/ o por correo electrónico a reimbursement@nationsbenefits.com. Una vez procesado, el reembolso puede tardar hasta 3 meses en enviarse por correo y debe solicitarse a más tardar el 31 de diciembre del año 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
• Trastornos hematológicos graves, HIV/SIDA, • Trastornos pulmonares crónicos, • Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes, • Trastornos neurológicos, • Accidente cerebrovascular, • Atención posterior a un trasplante de órganos • Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores, • Afecciones asociadas con el 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 La tarjeta prepagada de atención médica se puede usar en tiendas de comestibles participantes que acepten Visa o MasterCard, o para pagar directamente a 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 una afección que califica. Una vez que se complete esto, los fondos tardarán 48 horas (días hábiles) en estar disponibles en la		

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
tarjeta. Los miembros que califiquen recibirán una tarjeta de reemplazo anualmente sin cargo adicional. No hay transferencia mensual o anual para este beneficio. Comuníquese con Servicios para Miembros al 844-479-6334 (TTY: 711) para obtener más información.		
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si se le va a practicar 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 pagará los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.* Copago de $250 por cada cirugía hospitalaria ambulatoria cubierta por Medicare. $0 de copago por colonoscopia diagnóstica. Copago de $200 por cada cirugía en un centro de cirugía ambulatoria cubierto por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
 **Consulta anual de bienestar** 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo 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
Nota: su primera visita preventiva anual no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no es necesario haber tenido una visita de *Bienvenida a Medicare* para tener cobertura para visitas de bienestar anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.		
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le dieron un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que sean de nuestra propiedad, estén bajo nuestro control o en los que tengamos un interés financiero. Su médico de hospicio 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 del dolor • Atención de relevo a corto plazo	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, y no CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, paga sus 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
• Atención a domicilio Cuando ingresa en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si decide quedarse en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de hospicio por estos servicios y por cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no estén relacionados con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia, que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios dependerá de si acude a un proveedor de la red de nuestro plan y si sigue las normas del plan (como si existiera un requisito de obtener autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las		

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
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, es posible que su parte de los costos por los servicios cubiertos sea mayor **Para los servicios cubiertos por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, pero no por la Parte A ni la Parte B de Medicare:** CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A ni la Parte B, independientemente de que estén relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. **Nota:** si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.		
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y el consumo de tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y	No se aplica coseguro, copago, ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan indicios o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional de la salud reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar y consumir tabaco por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).		
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan la totalidad o parte de una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos; así como atención de colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, calzado protésico, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos,	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.* coseguro de 15% del costo total para dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
y la reparación y/o reemplazo 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 detalles.		
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón motorizado, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores de voz, 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 realice 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 proveedor o distribuidor.* Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de un 15% de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare. por mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito por 36 meses. Si antes de inscribirse en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute había realizado 36 meses de pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute es un coseguro	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
	del 15% para los artículos cubiertos por Medicare.	
Estadía de paciente hospitalizado: servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un 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 ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería 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 ortopédicos (no dentales) que reemplazan por completo un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos adyacentes) o parte de este, o por completo la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta;	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.* usted paga el costo compartido 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.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes para hernias 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 condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional		
Examen 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 de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en	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 pasará a ser un examen de diagnóstico y no se aplicará coseguro, copago ni deducible en nuestro plan.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
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 cubre 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. • 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.		

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 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 en heces 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, como resultado de y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.		
Examen físico anual El plan cubre un examen físico de rutina, además de la visita anual de bienestar, una vez cada año calendario. Este examen incluye un historial médico o familiar detallado, así como una evaluación detallada completa con un examen práctico de todos los aparatos y sistemas del cuerpo. Los servicios adicionales incluyen, según corresponda, pedidos de seguimiento o remisiones a otros profesionales,	$0 de copago por un examen físico anual (1 por año calendario).	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo 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
análisis de laboratorio, exámenes clínicos, EKG, recomendaciones de exámenes preventivos, vacuna(s) y asesoramiento sobre comportamientos saludables.		
Inmunizaciones Entre los servicios cubiertos de Medicare Part B, se incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una por cada temporada de gripe/influenza en el otoño y en el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales contra la gripe/influenza si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si nunca recibió la serie completa, desconoce sus antecedentes de vacunación o tiene alguna otra afección que le expone a un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si corre riesgo y estas cumplen con las reglas 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.	
Medicamentos de 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**	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.*	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras recibe servicios de médicos, ambulatorios en un hospital o servicios en centros de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted tome con un equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por nuestro plan. • El medicamento contra el alzhéimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y pruebas diagnósticas adicionales antes y/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 se autoadministra por inyección si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre	Coseguro del 0-20% para medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. Coseguro de 0-20% para otros medicamentos e insulina de la Parte B cubiertos por Medicare. El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de $35 por un suministro de un mes Los medicamentos de Medicare Part B pueden estar sujetos a requisitos de 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
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 la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica está relacionada 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 capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer 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		

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
náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo de 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 de la 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 afecciones 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		

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
enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). Este enlace le llevará 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. Además, cubrimos algunas vacunas dentro del beneficio de medicamentos de la Parte B.		
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.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del HIV Si no tiene HIV, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer HIV,	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar

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
cubrimos los medicamentos de profilaxis pre-exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA, incluida la tarifa por inyectar el medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación del riesgo de HIV, la reducción del riesgo de HIV y el cumplimiento de la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de HIV cada 12 meses • Una sola prueba de detección del virus de la hepatitis B		el gasto máximo de bolsillo.
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.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
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 enfocan 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 indicados.	
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una sola prueba de detección de ultrasonido para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si posee ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para ello de parte de su médico, auxiliar médico (PA), enfermera especializada (NP) o especialista de enfermería clínica (CNS).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.	Coseguro del 50% 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
• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Un examen clínico de mamas cada 24 meses.		alcanza el gasto máximo de bolsillo.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas entre 50 y 77 años que no presentan indicios o síntomas 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 escrita 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 detección con LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede realizar durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar una visita de asesoramiento sobre pruebas de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida para pruebas de detección posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.		
Prueba de detección de cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si tiene un alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
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 brinde tratamientos de seguimiento o derivaciones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una visita anual de prueba de detección de depresión.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes	Coseguro del 50% 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
riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también pueden cubrirse si 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.	cubiertas por Medicare.	Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Prueba de detección de HIV Para personas que solicitan una prueba de detección del HIV o que tienen un mayor riesgo de una infección por HIV, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante un embarazo	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del HIV cubierta por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS Cubrimos pruebas de detección para infecciones de transmisión sexual (STI) de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección de STI y asesoramiento para STI cubiertos por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
cubiertas para mujeres embarazadas y para determinadas personas que tienen un mayor riesgo de STI cuando las pruebas las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones individuales presenciales de asesoramiento conductual de alta intensidad, de 20 a 30 minutos, cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer STI. Solamente cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.		
 **Prueba de detección de obesidad y terapia para promover una perdida de peso 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 estará 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 otro profesional de la salud para más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de obesidad y terapias preventivas.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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 y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección por abuso de alcohol para adultos (incluso para mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no dependen de él. Si su prueba de detección es positiva para abuso de alcohol, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria u otro profesional de la salud calificados en un entorno de atención médica primaria.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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: • Examen rectal digital • Examen de antígeno prostático específico (PSA)	No se aplica coseguro, copago ni deducible para un examen de PSA anual $0 de copago por cada examen de tacto rectal cubierto por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).		
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, cubrimos una prueba de detección una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, ha continuado usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Servicios ambulatorios por trastornos por uso de sustancias Los servicios por uso de sustancias para pacientes ambulatorios incluyen varios niveles de atención: • Tratamiento ambulatorio en consultorio • Programas intensivos para pacientes ambulatorios (IOP, por sus siglas en inglés)	$40 de copago por cada visita individual de tratamiento para el consumo de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $20 de copago por cada visita grupal de tratamiento de uso de	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
• Programas de hospitalización parcial (PHP, por sus siglas en inglés) • Tratamiento residencial • Atención a pacientes hospitalizados, incluida la desintoxicación. Todos los niveles de atención pueden incluir asesoramiento individual y/o grupal y tratamientos asistidos por medicamentos.	sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.	
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o no emergencia, incluyen servicios de ambulancia aérea de ala fija, de ala rotatoria y terrestre al centro adecuado más cercano que pueda brindar atención si se proporciona a un miembro cuya condición médica sea tal que 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 terrestre de ida en ambulancia cubierto por Medicare. 20% de coseguro por cada viaje aéreo en ambulancia cubierto por Medicare. Este copago no se elimina si ingresa en un hospital.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
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	$30 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar	50% de coseguro por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y

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
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: • 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 dentro de la red no cubiertos por Medicare. Debe	problemas de audición y equilibrio. $0 de copago por un examen auditivo de rutina (una vez por año calendario). $0 de copago por una visita para la adaptación y evaluación de un audífono (una vez por año calendario). Audífonos: Copago de $0 por audífono inicial Copago de $175 por audífono básico Copago de $475 por audífono Prime Copago de $775 por audífono preferido Copago de $1,075 por audífono avanzado Copago de $1,475 por audífono prémium Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP). El beneficio está cubierto solo a través del proveedor contratado del plan	de equilibrio cubierto por Medicare. **Examen de audición de rutina & audífonos** 95% de coaseguro por un examen auditivo de rutina (una vez por año calendario). 95% de coaseguro por una visita para la adaptación y evaluación de un audífono (una vez por año calendario). 95% de coaseguro por oído para audífonos (una vez por año calendario). La descripción y los límites de la cobertura dentro de la red se aplican a la cobertura fuera de la red. El miembro es responsable de solicitar el reembolso y debe proporcionar un comprobante de compra y un comprobante de pago. Proporcione esta información a través de http://carefirst.nationsbenefits.com/ o por correo electrónico a

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
obtener los audífonos de un proveedor de NationsHearing. Comuníquese con NationsHearing por teléfono al (877) 246-1666 (TTY: 711) para obtener más información o para programar una cita.		reimbursement@nationsbenefits.com. Una vez procesado, el reembolso puede tardar hasta 3 meses en enviarse por correo y debe solicitarse a más tardar el 31 de diciembre del año del plan.
Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas con licencia (LMFT) o consejero profesional con licencia, y es una alternativa a la hospitalización con internación. *El servicio intensivo ambulatorio* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario ambulatorio, 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 con licencia (LMFT)	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.* $20 de copago por cada servicio de hospitalización parcial o servicio ambulatorio intensivo cubierto por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.		
Servicios de médicos u otros profesionales de la salud, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en un consultorio, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento hospitalario ambulatorio o cualquier otra ubicación. • 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 los que corresponden a: un proveedor de atención primaria, un especialista, atención médica mental (individual o grupal), atención médica mental con un psicólogo (individual o grupal) y servicios de urgencia. Los servicios solo se prestarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red que presta el servicio lo considere clínicamente adecuado. o Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una	$0 de copago por cada visita al Proveedor de atención primaria cubierta por Medicare o por cada visita de telesalud. $30 de copago por cada visita a un especialista cubierta por Medicare. $35 de copago por cada visita de telesalud. $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 cada 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 urgente en persona	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
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. o 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 o fuera de la red. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consulta, diagnóstico y tratamiento por un médico u otro profesional de la salud, para pacientes en ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal en etapa terminal para miembros en diálisis domiciliaria en un centro de diálisis renal dependiente de un hospital o de un hospital de acceso crítico, en un centros de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación.	cubierta por Medicare. $0 de copago por cada visita virtual de atención urgente.	

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 telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.
• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental.
• Servicios de telesalud para visitas de salud mental brindados por clínicas de salud rural y centros de salud calificados a nivel federal
• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 a 10 minutos **si**:
  • Usted no es un paciente nuevo **y**
  • La consulta no está relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y**
  • La consulta no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible
• Evaluación del video y/o de las imágenes que le envía a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**:
  • Usted no es un paciente nuevo **y**
  • la evaluación no esté relacionada con una visita al		

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
consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** • La evaluación no deriva en una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o en la cita disponible más próxima • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o registros electrónicos de salud. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos están limitados a cirugías de la mandíbula o de estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación por enfermedad de cancer neoplásico o servicios que estarían cubiertos al ser proporcionados 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 afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	$10 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare. $10 de copago por cada servicio de podología adicional a los servicios cubiertos por Medicare (12 visitas por año calendario	Coseguro del 50% 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 alcanzar el gasto máximo 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 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 cualquier condición médica que afecte las extremidades inferiores	combinadas dentro y fuera de la red). Los servicios no cubiertos por Medicare (servicios de rutina) no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	
Servicios de rehabilitación ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación ambulatorios se brindan en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.* $35 de copago por cada visita de terapia ocupacional, terapia física o terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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 cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses	$10 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. $10 de copago por cada visita de rehabilitación intensiva cubierta por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo 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
• Cirugía de derivación de la arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor en el pecho) • Reparación o reemplazo de válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se utiliza para abrir una arteria obstruida) o colocación de un stent coronario (un procedimiento que se utiliza para mantener abierta una arteria) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una de 1 hora de duración), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda recibir 36 sesiones adicionales que se pueden distribuir durante un período de tiempo más largo.		
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 de un médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	$10 de copago por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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 del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Opioid Treatment Program (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) con agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la U.S. Food and Drug Administration (FDA) • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Copago de $40 por cada servicio del programa de tratamiento de opioides.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
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 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	*Se puede requerir una revisión clínica para los servicios dentales no preventivos.* Copago de $40 por servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por Medicare	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
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. 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 de este Cuadro de beneficios médicos.	no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP). **Servicios preventivos:** Limpiezas: $0 de copago por servicio Exámenes orales: $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 oral 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.	
Servicios hospitalarios ambulatorios de observación Los servicios de observación son servicios hospitalarios ambulatorios que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.* Copago de $250 por cada observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
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 la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya redactado una orden para admitirle como un paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos correspondientes de los costos compartidos por servicios hospitalarios ambulatorios. 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. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es*	Coseguro del 50% 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
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que 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 • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo **Nota:** a menos que el proveedor haya redactado una orden para admitirle como un paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos correspondientes de los costos compartidos por servicios	*responsabilidad del proveedor.* 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 hospitalario ambulatorio, tales como: • Hospitalización parcial • Atención de emergencia • Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare • Equipo médico duradero • Pruebas de diagnóstico, servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios, incluidas las de laboratorio y radiografías • Visita a un especialista	Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
hospitalarios ambulatorios. 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.		
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios de enfermedad renal y diálisis 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 estadio IV, cuando sean remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida • Tratamientos de diálisis 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 para este servicio no está disponible o accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y	$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. 20% de coseguro por cada visita de diálisis renal cubierta por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
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 su hogar, para ayudar en casos de emergencia y revisar 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 Part B, consulte **Medicamentos de Medicare Part B** en esta tabla.		
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención médica mental que requieren hospitalización. Puede recibir estos servicios para pacientes hospitalizados ya sea en un hospital general o en un hospital psiquiátrico (un centro que solo atiende a personas con trastornos de salud mental). Límite de 190 días de por vida para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico – El límite de 190 días no se aplica a los servicios de	*Es posible que se requiera autorización previa y esto es responsabilidad del proveedor.* Por cada hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare: $245 de copago por cada día para los días 1-5, $0 de copago para los días 6-90	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red. Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
salud mental para pacientes hospitalizados brindados en una unidad psiquiátrica de un hospital general. Los días de beneficios utilizados conforme al programa Medicare Original se descontarán de la reserva vitalicia de 190 días cuando se inscriba en un plan Medicare Advantage.		
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral • 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 cada servicio quiropráctico adicional a 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 monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP).	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y	$25 de copago por cada visita de atención urgente en persona cubierta 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
que no es una emergencia es un servicio de urgencia 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, dados el tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de 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 de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias con proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios 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 lo ingresan en un hospital, el plan no cubrirá los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su atención de urgencia. Si recibe un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se brinden los servicios. Posteriormente, puede presentar las reclamaciones y el	$0 de copago por cada visita virtual de atención urgente. El copago se elimina si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas por la misma afección médica. $0 de copago por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo. Límite combinado de $50,000 (USD) por año para servicios de emergencia y atención urgente 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
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).		
Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes *Es posible que se requiera autorización previa para los suministros para la diabetes cubiertos por Medicare, y obtenerla es responsabilidad de su proveedor.* Para todas las personas que tienen diabetes (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	$0 de copago para suministros para personas con diabetes cubiertos por Medicare. 15% de coseguro para calzado terapéutico y plantillas cubiertos por Medicare. $0 de copago por cada capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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 plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado), incluido el ajuste • Capacitación para el autocontrol de la diabetes bajo ciertas condiciones Tiras reactivas y monitor de glucosa en sangre: los productos True Metrix y Accu-Chek son los preferidos en las farmacias de la red con una receta válida. Para otros productos de medidores de glucosa en sangre o tiras reactivas, comuníquese con un proveedor de DME contratado. Monitor continuo de glucosa: los monitores continuos de glucosa Dexcom y FreeStyle Libre y sus suministros están disponibles en las farmacias participantes con una receta válida. Para otros monitores continuos de glucosa, comuníquese con un proveedor de DME contratado. Tenga en cuenta que los suministros para la diabetes de la Parte B, como las tiras reactivas y los monitores continuos de glucosa, pueden estar disponibles a través de un proveedor de DME contratado con una orden válida del proveedor. Es posible que se apliquen requisitos de autorización previa y/o límites de cantidad a ciertos suministros para la diabetes. Si la solicitud excede los límites de cantidad, es posible que se requiera una revisión.		

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
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Radioterapia (con radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros de técnicos • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empaquetados comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utiliza • Pruebas de diagnóstico que no se realizan en un laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), MRI, vEKG y tomografías por PET, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias	*Podría requerirse autorización previa para las pruebas y servicios que no son de rutina.* $50 de copago por cada procedimiento o prueba de diagnóstico cubiertos por Medicare. $0 de copago por cada servicio de laboratorio cubierto por Medicare (por día por centro). $200 de copago por cada servicio de radiología diagnóstica cubierto por Medicare. $0 de copago por mamografías diagnósticas $0 de copago por cada servicio de medicina nuclear cubierto por Medicare. 20% de coseguro por cada servicio de radiología terapéutica cubierto por Medicare. Copago de $20 por cada servicio de radiografía cubierto por Medicare. $0 de copago por cada servicio de laboratorio	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
	cubierto por Medicare (por día por centro). $0 de copago por los servicios de sangre cubiertos por Medicare 15% de coseguro del costo total para dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos.	
Terapia de ejercicio supervisado (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: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario ambulatorio o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los	$10 de copago por cada visita de terapia de ejercicio supervisado cubierta por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS) que debe estar capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas La SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período extendido de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.		
Terapia de infusiones en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión 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: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención • La capacitación y educación del paciente que no estén cubiertos por	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor o distribuidor.* $0-$35 de copago por cada servicio profesional cubierto por Medicare. Coseguro del 0%-20% por cada uno de los demás medicamentos de la Parte B de Medicare. Coseguro de 15% para equipo médico duradero.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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 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 suministrados por un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar		
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 cuando el médico lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Original Medicare) y 2 horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, 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.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Transporte (que no sea de emergencia) Los servicios cubiertos incluyen:	$0 de copago por 24 viajes de ida y vuelta directamente hacia y desde	Reembolso anual de $10 para transporte que no sea de emergencia no provisto a través de

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
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 es válido solo 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) de antelación para coordinar el servicio de transporte. Le recomendamos reservar traslados en línea a través de nuestro proveedor contratado en carefirst.member.saferidehealth.com; sin embargo, si desea llamar para reservar un traslado, comuníquese al (888) 617-0404. Exclusiones: amigo o familiar que lleve al miembro a una cita, reembolso de gasolina, millaje o peajes, empresa de transporte no autorizada.	cualquier lugar relacionado con la salud cada año calendario mediante taxi, furgoneta u otro tipo de transporte aprobado. Este beneficio solo está cubierto a través de nuestro proveedor.	nuestro proveedor contratado (p. ej., empresas de viajes compartidos como Uber y Lyft o un servicio de taxi). La descripción y los límites de la cobertura dentro de la red se aplican a la cobertura fuera de la red. Los miembros deben proporcionar comprobantes de compra y de pago. Comuníquese con Servicios para Miembros al 833-536-2001 para solicitar el reembolso. Una vez procesado, el reembolso puede tardar hasta 3 meses en enviarse por correo y debe solicitarse a más tardar el 31 de diciembre del año 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
Las cancelaciones o cambios deben realizarse al menos dos (2) horas antes del viaje programado, o se deducirán del número de viajes restantes.		
Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para 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, su 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.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo de bolsillo.
Visita preventiva de Bienvenida a Medicare Nuestro plan cubre una visita 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 e inyecciones [y vacunas]), y derivaciones a otro tipo de atención, si es necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva de *Bienvenida a Medicare* únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de *Bienvenidoa Medicare*.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta alcanzar el gasto máximo 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
Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*.		

Cuadro de cobertura dental integral preventiva y mejorada

Usted tiene cobertura dental preventiva e integral en adición 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 Asociación Dental Estadounidense (ADA) puede cambiar periódicamente los códigos o definiciones actuales de terminología dental (CDT) indicados en sus publicaciones. Si debido a dichos cambios los dentistas participantes utilizan diferentes códigos de la CDT para describir los servicios dentales cubiertos indicados a continuación, la cobertura y la responsabilidad del paciente no cambiarán.

En vigor a partir del 1/1/2027	**Dentro de la red/fuera de la red**
Tipo de plan	**Medicare Advantage PPO**
Nombres de los planes	**CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute (PPO)**
Características del plan	$0 de deducible e incluye cobertura dental preventiva e integral

	Servicios dentales preventivos	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
	Exámenes orales (16b1)			
D0120	EXAMEN BUCAL PERIÓDICO, PACIENTE ESTABLECIDO	Dos veces al año	$0	50% de coseguro
D0140	EVALUACIÓN BUCAL LIMITADA, CENTRADA EN EL PROBLEMA También se cubre con D9995 como modificador de teleodontología	Una vez al día por proveedor	$0	50% de coseguro
D0150	EVALUACIÓN BUCAL INTEGRAL, PACIENTE NUEVO O ESTABLECIDO	Una vez cada tres años por proveedor	$0	50% de coseguro
D0160	EVALUACIÓN BUCAL 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	EXAMEN DE UN PACIENTE; UN EXAMEN, INCLUIDOS LOS EXÁMENES ESTATALES O FEDERALES OBLIGATORIOS, 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

	Servicios dentales preventivos	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D0220	INTRAORAL, PRIMERA IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL	Una vez por proveedor por día	$0	50% de coseguro
D0230	INTRAORAL, CADA IMAGEN RADIOGRÁFICA 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
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	IMAGEN RADIOGRÁFICA PANORÁMICA	Una vez cada tres años	$0	50% de coseguro
D0460	PRUEBAS DE VITALIDAD DE LA PULPA	Dos veces al año	$0	50% de coseguro
D0372	TOMOSÍNTESIS INTRAORAL, SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS	Una vez cada tres años	$0	50% de coseguro
D0373	TOMOSÍNTESIS INTRAORAL, IMAGEN RADIOGRÁFICA DE ALETA DE MORDIDA	Dos veces por período de beneficio	$0	50% de coseguro
D0374	TOMOSÍNTESIS INTRAORAL, IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL	Dos veces por período de beneficio	$0	50% de coseguro

	Servicios dentales preventivos	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
	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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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
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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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
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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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
D2750	CORONA: PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTO CONTENIDO NOBLE	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2751	CORONA: PORCELANA FUSIONADA CON METAL PREDOMINANTEMENTE BASE	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2752	CORONA, PORCELANA FUSIONADA CON METAL NOBLE	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 DE METAL PREDOMINANTEMENTE BASE FUNDIDO	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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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
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	RECEMENTACIÓN O READHESIÓN DE PERNO Y MUÑÓN FABRICADO INDIRECTAMENTE O PREFABRICADO	Una vez cada 12 meses	$20.00	50% de coseguro
D2920	RECEMENTACIÓN 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, INCLUIDOS LOS PERNOS CUANDO SEA NECESARIO	Una vez por diente cada 5 años	$60.00	50% de coseguro
D2951	RETENCIÓN POR 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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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)			
D6010	COLOCACIÓN QUIRÚRGICA DEL CUERPO DEL IMPLANTE: IMPLANTE ENDOÓSEO	Una vez cada 5 años	$500.00	50% de coseguro
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 LA 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
D6059	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (DE ALTO CONTENIDO NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6060	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6061	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6062	CORONA FUNDIDA EN METAL (DE ALTO CONTENIDO NOBLE) 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
D6063	CORONA FUNDIDA EN METAL (BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6064	CORONA FUNDIDA EN 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 ALTO CONTENIDO NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6067	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES DE ALTO CONTENIDO NOBLE	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 ALTO CONTENIDO NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6077	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES DE ALTO CONTENIDO NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6082	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	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
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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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 LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DEL IMPLANTE, INCLUIDA LA ENTRADA Y CIERRE DEL COLGAJO	Una vez cada 12 meses	$150.00	50% de coseguro
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 DEL 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 SOPORTADO POR IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES PREDOMINANTEMENTE BASE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6122	RETENEDOR SOPORTADO POR 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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D6180	PROCEDIMIENTOS DE MANTENIMIENTO DE IMPLANTES CUANDO NO SE RETIRA UNA PRÓTESIS HÍBRIDA DE ARCO COMPLETO, INCLUIDA LA LIMPIEZA DE LA PRÓTESIS Y LOS PILARES	Cuatro por período de beneficio, además de las limpiezas	$100.00	50% de coseguro
D6190	ÍNDICE RADIOGRÁFICO O QUIRÚRGICO PARA IMPLANTE, POR INFORME	Una vez cada 5 años	$70.00	50% de coseguro
D6193	REEMPLAZO DE UN TORNILLO DE IMPLANTE	Una vez cada 5 años	$75.00	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)			
D3220	PULPOTOMÍA TERAPÉUTICA (EXCLUIDA LA RESTAURACIÓN FINAL), SOLO DIENTES PERMANENTES	Una vez de por vida por diente	$0	50% de coseguro
D3221	DESBRIDAMIENTO PULPAR, DIENTES PRIMARIOS Y PERMANENTES	Una vez por diente de por vida	$0	50% de coseguro
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	RETRATAMIENTO DE ENDODONCIA, DIENTE ANTERIOR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3347	RETRATAMIENTO DE ENDODONCIA, PREMOLAR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3348	RETRATAMIENTO DE ENDODONCIA, 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 dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
	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
D4346	RASPADO DENTAL EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE, BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE UNA EVALUACIÓN BUCAL	Una vez cada 24 meses	$50.00	50% de coseguro
D4355	DESBRIDAMIENTO EN TODA LA BOCA PARA PERMITIR UNA EVALUACIÓN BUCAL COMPLETA Y UN DIAGNÓSTICO EN UNA VISITA POSTERIOR	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 UN PROCEDIMIENTO DE RESTAURACIÓN, POR DIENTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D4240	PROCEDIMIENTO DE COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL ALISADO RADICULAR, CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS LIMITADOS POR DIENTES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4241	PROCEDIMIENTO DE COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL ALISADO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS LIMITADOS POR DIENTES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4260	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDO EL LEVANTAMIENTO DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL, EL ACCESO Y EL CIERRE), CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS LIMITADOS POR DIENTES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D4261	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDO EL LEVANTAMIENTO DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL, EL ACCESO Y EL CIERRE), DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS LIMITADOS POR DIENTES 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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
	Prótesis removibles (16c4)			
D5110	PRÓTESIS DENTAL COMPLETA: MAXILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5120	PRÓTESIS DENTAL COMPLETA: MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5130	PRÓTESIS DENTAL INMEDIATA: MAXILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5140	PRÓTESIS DENTAL INMEDIATA: MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5211	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MAXILAR: BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5212	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MANDIBULAR: BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5213	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MAXILAR: ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE RESINA PARA PRÓTESIS DENTAL (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	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MANDIBULAR: ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE RESINA PARA PRÓTESIS DENTAL (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5221	PRÓTESIS DENTAL 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	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL INMEDIATA MANDIBULAR CON BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN, GANCHOS, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5223	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MAXILAR INMEDIATA: ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE RESINA PARA PRÓTESIS DENTAL (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5224	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA: ESTRUCTURA DE METAL FUNDIDO CON BASES DE RESINA PARA PRÓTESIS DENTAL (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
D5225	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MAXILAR: BASE FLEXIBLE (INCLUYE TODOS LOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5226	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MANDIBULAR CON BASE FLEXIBLE (INCLUYE TODOS LOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5227	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA, BASE FLEXIBLE (INCLUYE TODOS LOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5228	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA: BASE FLEXIBLE (INCLUYE TODOS LOS GANCHOS, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5282	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE: UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE GANCHOS Y DIENTES), MAXILAR	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D5283	PRÓTESIS DENTAL PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE: UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE GANCHOS Y DIENTES), MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D5410	AJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA: MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5411	AJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA: MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D5421	AJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL: MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5422	AJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL: MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5511	REPARACIÓN DE BASE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA ROTA: MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5512	REPARACIÓN DE BASE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA ROTA: MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5520	REEMPLAZO DE DIENTES FALTANTES O ROTOS, PRÓTESIS COMPLETA, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5611	REPARACIÓN DE BASE DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL DE RESINA: MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5612	REPARACIÓN DE BASE DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL DE RESINA: MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5621	REPARACIÓN DE ESTRUCTURA PARCIAL FUNDIDA: MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5622	REPARACIÓN DE ESTRUCTURA PARCIAL FUNDIDA: MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5630	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE MATERIALES DE RETENCIÓN/SUJECIÓN ROTOS: POR DIENTE	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
D5640	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5650	ADICIÓN DE UN DIENTE A UNA PRÓTESIS DENTAL PARCIAL EXISTENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5660	ADICIÓN DE UN GANCHO A UNA PRÓTESIS DENTAL 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	REBASADO DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5720	REBASADO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MAXILAR	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5721	REBASADO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MANDIBULAR	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5725	REBASADO DE PRÓTESIS HÍBRIDA	Una vez cada 36 meses	$120.00	50% de coseguro
D5730	REAJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5731	REAJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5740	REAJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5741	REAJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL 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	REAJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5751	REAJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL COMPLETA MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5760	REAJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5761	REAJUSTE DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5765	REVESTIMIENTO BLANDO PARA DENTADURA POSTIZA REMOVIBLE COMPLETA O PARCIAL, INDIRECTO	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5850	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO, MAXILAR	Una vez cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D5851	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDO, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D5863	SOBREDENTADURA: COMPLETA, MAXILAR	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5864	SOBREDENTADURA: PARCIAL, MAXILAR	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5865	SOBREDENTADURA:COMPLETA, MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5866	SOBREDENTADURA: PARCIAL, MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5875	MODIFICACIÓN DE PRÓTESIS DENTAL EXTRAÍBLE DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA DE IMPLANTE	Una vez cada 12 meses por arco	$60.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
	Prótesis fijas (16c7)			
D6210	PÓNTICO: METAL DE ALTO CONTENIDO NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6211	PÓNTICO, METAL PREDOMINANTEMENTE BASE FUNDIDO	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
D6240	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTO CONTENIDO NOBLE	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 O CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6250	PÓNTICO, RESINA CON METAL DE ALTO CONTENIDO NOBLE	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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D6740	CORONA DE RETENCIÓN: PORCELANA O CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6750	CORONA DE RETENCIÓN, PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTO CONTENIDO NOBLE	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 DE METAL DE ALTO CONTENIDO NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6781	CORONA DE RETENCIÓN: 3/4 DE METAL PREDOMINANTEMENTE DE BASE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6782	CORONA DE RETENCIÓN, 3/4 DE METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6783	CORONA DE RETENCIÓN: 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6790	CORONA DE RETENCIÓN, REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL DE ALTO CONTENIDO NOBLE FUNDIDO	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
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	RECEMENTACIÓN O READHESIÓN DE UNA PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA	Una vez cada 12 meses	$40.00	50% de coseguro
	Cirugía oral y maxilofacial (16c8)			
D7210	EXTRACCIÓN DE DIENTE ERUPCIONADO QUE REQUIERE ELIMINACIÓN DE HUESO Y/O SECCIONAMIENTO DEL DIENTE, Y QUE EXCLUYE LA ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO SI ESTÁ INDICADA	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 EN HUESO	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D7240	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO	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
D7241	EXTRACCIÓN DE DIENTE IMPACTADO, COMPLETAMENTE EN EL HUESO, CON COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POCO COMUNES	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D7250	EXTRACCIÓN DE RAÍCES DENTALES RESIDUALES (PROCEDIMIENTO DE INCISIÓN)	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D7252	EXTRACCIÓN PARCIAL PARA COLOCACIÓN INMEDIATA DE IMPLANTE	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D7111	EXTRACCIÓN DE RESTOS CORONALES, DIENTE PRIMARIO	Una vez por diente de por vida	$40.00	50% de coseguro
D7140	EXTRACCIÓN DE DIENTE ERUPCIONADO O RAÍZ EXPUESTA (ELEVACIÓN Y/O EXTRACCIÓN CON FORCEPS)	Una vez por diente de por vida	$50.00	50% de coseguro
D7280	EXPOSICIÓN DE DIENTE NO ERUPCIONADO	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D9222	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL: PRIMEROS 15 MINUTOS	Según sea necesario	$60.00	50% de coseguro
D9223	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL: CADA PERIODO ADICIONAL DE 15 MINUTOS	Según sea necesario	$60.00	50% de coseguro
	Servicios generales complementarios (16c10)			
D9910	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO DESENSIBILIZANTE	Dos veces al año	$15.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D1354	APLICACIÓN PROVISIONAL DE MEDICAMENTO PARA DETENER LAS CARIES, POR DIENTE	Una aplicación por superficie de por vida	$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
D9310	CONSULTA: SERVICIO DE DIAGNÓSTICO BRINDADO POR UN DENTISTA O MÉDICO DISTINTO AL DENTISTA O MÉDICO SOLICITANTE	Una vez al día por proveedor	$0	50% de coseguro
D9410	VISITA A DOMICILIO / O CENTRO DE CUIDADOS PROLONGADOS	Según sea necesario	$0	50% de coseguro

Sección 2.1 Recibir atención utilizando el beneficio opcional para visitantes/viajeros de su plan

Si no se muda de forma permanente, pero permanece fuera del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses consecutivos, por lo general debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa para viajeros o visitantes que incluirá 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 y West Virginia. Para algunos de los estados enumerados, las redes MA PPO solo están disponibles en algunas partes del estado. Esto le permitirá seguir inscrito cuando esté fuera de nuestra área de servicio por menos de 12 meses. Conforme a nuestro programa para visitantes y viajeros, usted puede recibir todos los servicios cubiertos por el plan con los mismos costos compartidos que se aplican 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 del programa para visitantes y viajeros, puede

permanecer inscrito en nuestro plan durante un máximo de 12 meses. Si no vuelve al área de servicio del plan en un plazo de 12 meses, se cancelará 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 proveedores de Medicare Advantage PPO en cualquier área geográfica donde se ofrezca el Programa para visitantes/viajeros (Visitor/Travel Program) 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 artículos que no están cubiertos bajo ningún concepto o que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), usted deberá pagarlos, 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 los pagará. 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 apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	No cubiertos en ninguna situación
Atención de custodia La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de parte de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, atención que le ayuda con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies	Calzado que forma parte de una ortesis de pierna y están incluidos en el costo de la misma. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético
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
Entrega de alimentos a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en un hospital	Cubierta solo cuando sea médicamente necesaria
Las tarifas por brindar atención impuestas por sus parientes directos o miembros de su casa	No cubiertos en ninguna situación
Los servicios de asistencia en el hogar incluyen ayuda doméstica básica, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas sencillas.	No cubiertos en ninguna situación
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos no aceptados generalmente por la comunidad médica según Original Medicare	Pueden estar cubiertos por Original Medicare por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre estudios de investigación clínica)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación
Servicios considerados no razonables y necesarios, según los estándares de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de atención médica en el hogar	Medicare cubre la atención de enfermería especializada médicamente necesaria que se brinda a tiempo parcial o de manera intermitente.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación

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, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que pague más de lo que esperaba según las normas de cobertura de nuestro plan, o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolso). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado un monto que exceda su parte del costo de los servicios médicos que cubre nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá ocasiones en que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Revisaremos 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.

Ejemplos de situaciones en las que deba solicitarle a nuestro plan que le reembolse el dinero o que pague una factura que recibió:

1. **Cuando ha recibido 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, dicho proveedor 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 el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba.

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

Los proveedores de la red siempre deben 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 que pague más de lo que le corresponde.

- Solo debe pagar el monto de costos compartidos que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales separados, conocidos como *facturación del saldo restante*. Esta medida de protección (por la cual nunca paga más del monto de costos compartidos que le corresponde) aplica 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 pagó 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 el plan.

3. Si usted se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

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 pasado.

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 nuestra 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 determinaremos si el servicio o el medicamento debe estar cubierto. Esto se denomina tomar una **determinación de cobertura**. Si determinamos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 7 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió

Puede solicitar que le devolvamos el dinero mediante una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la 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 solicite 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 14063
Lexington, KY 40512

SECCIÓN 3 Consideraremos la solicitud de pago y le otorgaremos una aprobación o denegación

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 reglas, 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 *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que estamos pagando, 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 esta apelación, consulte el Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionar información de una manera que le sea conveniente y acorde con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, 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.)

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación disponibles para responder preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo, si la necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que le resulte conveniente, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe ofrecer a las afiliadas la opción de acceso directo a un especialista en salud para la mujer dentro de la red para recibir servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si no hay disponibles proveedores en la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brinden la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan

que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre adónde acudir para recibir este servicio con los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar a un especialista de la red, llame para presentar una queja formal a Servicio al Cliente al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos aquellos que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad son, entre otros: la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas de los miembros 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 los costos compartidos 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 los costos compartidos 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 al 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a 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

Tiene derecho a elegir un proveedor para su atención.

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

Si cree que no está recibiendo su atención médica dentro de un período razonable, en el Capítulo 7 se le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Las leyes federales y estatales 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 un *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 poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Existen ciertas excepciones en las que no estamos obligados a obtener su permiso escrito primero. 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

Tiene derecho a consultar su historia clínica conservada por nuestro plan y a obtener una copia de esta. Estamos autorizados a cobrarle un arancel por hacer copias. También tiene derecho a solicitar que agreguemos información o que corrijamos su historia clínica. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto con su proveedor de atención médica a fin de decidir si deben realizarse dichos 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 dudas 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

Este aviso describe cómo puede usarse y divulgarse su información médica y financiera, y cómo puede acceder a esta información. Revíselo con atención. La privacidad de su información médica y financiera es importante para nosotros.

Este aviso se aplica únicamente a los miembros de grupos totalmente asegurados y a los titulares de pólizas individuales. Si es miembro de un grupo autoasegurado, si bien seguimos 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 autoasegurado, comuníquese con el administrador de su 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 incluidas en su póliza de seguro, según sea necesario para fines de pago u operaciones de atención médica.

Usos y divulgaciones de la información médica

Nuestra obligación legal

Este aviso describe nuestras prácticas de privacidad, que incluyen cómo podemos usar, divulgar (compartir o dar), recopilar, manejar y proteger la información médica protegida de nuestros miembros. Ciertas leyes federales y estatales nos exigen 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. Este aviso entró en vigencia el 28 de mayo

de 2026 y tiene como fin enmendar el aviso de prácticas de privacidad de CareFirst con fecha de entrada en vigencia el 7 de septiembre de 2021.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que la ley lo permita. 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 significativo en nuestras prácticas de privacidad, modificaremos este aviso y publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web, **www.carefirst.com**, y proporcionaremos el aviso revisado o la información sobre los cambios y cómo obtener el aviso revisado en nuestro próximo envío postal anual a los 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 figura 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 asociados reciben capacitación sobre estas normas al momento de su contratación y, a partir de entonces, reciben capacitación de actualización anual. El acceso a su información médica protegida está restringido a fines comerciales apropiados y requiere códigos de acceso para acceder a nuestros sistemas informáticos y credenciales para acceder a nuestras instalaciones. Los asociados que infrinjan nuestras normas están 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. Las regulaciones federales de privacidad de la atención médica (“Regla de Privacidad de la HIPAA”) a menudo “prevalecen” (o tienen prioridad sobre) las leyes estatales de protección de datos del consumidor u otras leyes aplicables en algunos casos. En otros casos, las leyes de privacidad estatales o federales aplicables podrían imponer una norma de privacidad en virtud de la cual se nos exigirá operar. Por ejemplo, seguiremos leyes de privacidad estatales más estrictas que se relacionan con los usos y las divulgaciones de información médica protegida sobre el HIV o AIDS, /salud conductual, trastornos por consumo de sustancias, pruebas genéticas y derechos reproductivos; sin embargo, no estamos sujetos a la mayoría de las solicitudes de derechos individuales otorgadas por las leyes estatales de protección del consumidor. Además de estos requisitos de la ley estatal, también podemos usar o divulgar su información médica protegida para fines de administración de beneficios de salud (como el procesamiento de reclamaciones e inscripciones, la gestión 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 y mejora de la calidad y la mejora y el desarrollo de beneficios) y en las siguientes situaciones:

Pago: podemos usar y divulgar su información médica protegida para todas las actividades que se incluyen en la definición de “pago” según lo escrito en la Regla de Privacidad de la HIPAA. Por ejemplo, podríamos usar y divulgar su información médica protegida para pagar reclamaciones por servicios que le proporcionen médicos, hospitales, farmacias y otros que estén cubiertos por su plan de salud. También podemos usar su información para determinar su elegibilidad para beneficios, coordinar beneficios, examinar la necesidad médica, obtener primas y emitir explicaciones de beneficios a la persona que se suscribe al plan de salud en el que participa.

Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su información médica protegida para todas las actividades que se incluyen en la definición de “operaciones de atención médica” según se define en la Regla de privacidad de la HIPAA. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su información médica protegida para determinar nuestras primas para su plan de salud, realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad, participar en la coordinación de la atención o la gestión de casos y gestionar nuestro negocio.

Socios comerciales: en relación con 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 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 teléfono móvil, con nuestros socios comerciales. Para llevar a cabo estas funciones o proporcionar los servicios, nuestros socios comerciales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán o divulgarán información médica protegida, pero únicamente después de que exijamos que los socios comerciales acepten por escrito los términos contractuales diseñados para proteger adecuadamente su información.

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 ciertos aspectos de sus operaciones de atención médica. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un proveedor de atención médica cuando lo necesite el proveedor para proporcionarle tratamiento, y podemos divulgar información médica protegida a otra entidad cubierta para realizar operaciones de atención médica en las áreas de aseguramiento de calidad y actividades de mejora, o acreditación, certificación, licencia o credencialización.

Otros usos y divulgaciones posibles de información médica protegida

La siguiente es una descripción de otras posibles maneras en las que podemos (y estamos autorizados a) usar y/o divulgar su información médica protegida:

Para usted o con su autorización: debemos divulgarle su información médica protegida, tal como se describe en la sección Derechos individuales de este aviso. Puede darnos su autorización por escrito para usar su información médica protegida o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito no incluido en este aviso. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación que hayamos realizado según lo permitido por su autorización mientras estuvo vigente. En la medida en que (si corresponde) mantengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, la mayoría de las divulgaciones de estas notas requiere su autorización. 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, la mayoría (aunque no todos) de los usos y las divulgaciones de información médica para fines de comercialización, y las divulgaciones que constituyen una venta de información médica protegida, requieren su autorización. 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.

Divulgaciones al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: debemos divulgar su información médica protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (DHHS) cuando el Secretario investigue o determine nuestro cumplimiento con las regulaciones federales de privacidad.

A los patrocinadores del plan: cuando lo permita la ley, podemos divulgar su información médica protegida al patrocinador de su plan de salud grupal para permitir que el patrocinador del plan realice funciones de administración del mismo.

Por ejemplo, el patrocinador de un plan puede comunicarse con nosotros en busca de información para evaluar cambios futuros en su plan de beneficios. También podemos divulgar información médica resumida (este tipo de información se define en la Regla de Privacidad de la HIPAA) sobre los inscritos en su plan de salud grupal al patrocinador del plan para obtener ofertas de primas para la cobertura de seguro médico ofrecida a través de su plan de salud grupal o para decidir si modificar, enmendar o rescindir su plan de salud grupal.

A familiares y amigos: si acepta (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 su atención médica.

Evaluación de riesgos: es posible que recibamos su información médica protegida con fines de evaluación de riesgos, cálculo de primas o para otras actividades relacionadas con la creación, renovación o sustitución de un contrato de seguro de salud o beneficios de salud. No usaremos ni divulgaremos la información médica protegida que sea información genética de una persona para tales fines. No usaremos ni divulgaremos más esta información médica protegida recibida en estas circunstancias para ningún otro fin, salvo que lo exija la ley, a menos y hasta que usted suscriba un contrato de seguro de salud 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. Los organismos de supervisión que solicitan esta información incluyen agencias gubernamentales que supervisan: (i) el sistema de atención médica, (ii) los programas de beneficios del Gobierno, (iii) otros programas reglamentarios del Gobierno y (iv) el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Abuso o negligencia: podemos divulgar su información médica protegida a las autoridades correspondientes si tenemos motivos razonables para creer que podría ser una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos.

Para prevenir una amenaza grave para la salud o la seguridad: de conformidad con ciertas leyes federales y estatales, podemos divulgar su información médica protegida si consideramos que la divulgación es necesaria para prevenir o mitigar una amenaza grave e inminente para la salud o seguridad de una persona o del público.

Forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y donación de órganos: podemos divulgar información médica protegida a un forense o examinador médico con el fin de identificarlo después de su fallecimiento, determinar la causa de su muerte o para que el forense o examinador médico desempeñe otras funciones autorizadas por la ley. También podríamos divulgar información, según lo autorizado por ley, a directores de funerarias para que puedan desempeñar sus funciones en su nombre. Además, podríamos divulgar información médica protegida a organizaciones que se encargan de 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 una 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 es un recluso de una institución correccional, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o a un funcionario de la ley para: (1) que la institución le brinde atención médica, (2) su salud y seguridad y la salud y seguridad de los

demás o (3) la seguridad y protección de la institución correccional. ***Indemnización por accidentes laborales:*** podemos divulgar su información médica protegida para cumplir con las leyes de indemnización por accidentes laborales y otros programas similares que proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

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

Requerido por ley: podemos usar o divulgar su información médica protegida cuando así la ley lo exija. 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 ciertas circunstancias, podemos divulgar su información médica protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa, una citación, una solicitud de presentación de pruebas u otro proceso legal. En circunstancias específicas, como una orden judicial, una orden de detención o una citación de un gran jurado, podemos divulgar su información médica protegida a funcionarios de las fuerzas del orden público. En la medida en que tengamos registros sobre su trastorno por uso de sustancias, sujetos a la parte 2 del 42 CFR, no compartiremos esa información en investigaciones o procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin (1) su consentimiento por escrito o (2) una orden judicial y citación. Cuando así lo exijan los procedimientos legales, es posible que debamos conservar su información hasta que se nos notifique que ya no está sujeta a requisitos de retención legal.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar a un funcionario de las autoridades policiales la información médica protegida limitada acerca de un sospechoso, fugitivo, testigo esencial, víctima de delito o persona desaparecida. Podremos divulgar información médica protegida cuando sea necesario para asistir a las autoridades policiales en la captura de un individuo que haya admitido su participación en un delito o que se haya fugado de una custodia legal.

Fuerzas armadas y seguridad nacional: en ciertas circunstancias, podemos divulgar a las autoridades militares la información médica protegida del personal de las Fuerzas Armadas. Podríamos divulgar información médica protegida a funcionarios federales cuando sea necesaria para actividades legítimas de contrainteligencia, inteligencia y otras actividades de seguridad nacional.

Otros usos y divulgaciones de su información médica protegida: cualquier otro uso o 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, podrá revocarla por escrito, y esta revocación será efectiva para usos y divulgaciones futuros de la información médica protegida. Sin embargo, la revocación no será efectiva para la información que ya hayamos usado o divulgado conforme a su autorización.

Derechos individuales

Acceso: tiene derecho a consultar u obtener copias de la información médica protegida contenida en un conjunto de registros designado, con algunas excepciones. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato distinto al de las fotocopias. Usaremos el formato que nos indique, a menos que no podamos hacerlo de manera razonable. Debe presentar una solicitud por escrito para obtener acceso a su información médica protegida. En ciertas circunstancias, puede solicitar que la información se le entregue en formato electrónico, siempre y cuando presente la solicitud por escrito. También puede solicitar el acceso enviando una carta a la dirección que figura al final de este aviso. Si solicita copias, es posible que le cobremos un cargo razonable por cada página además de los gastos de envío si desea que se las enviemos por correo. Si solicita un formato alternativo, es posible que le cobremos un cargo en base al costo por proporcionar su información médica protegida en ese formato. Si lo prefiere, prepararemos un resumen o una explicación de su información médica protegida, pero podríamos cobrarle un cargo por hacerlo.

Podemos denegar su solicitud para revisar y copiar su información médica protegida en ciertos casos específicos. Bajo ciertas condiciones, nuestra denegación no será revisable. Si se produce este evento, le informaremos en nuestra denegación que la decisión no es revisable. Si se le deniega el acceso a su información y la denegación está sujeta a revisión, puede solicitar la revisión de dicha denegación. Un profesional de atención médica con licencia elegido por nosotros revisará tanto su solicitud como la denegación. La persona que realice esta revisión no será la misma persona que denegó su solicitud inicial.

Registro de divulgaciones: tiene derecho a recibir una lista de los casos en los que nosotros o nuestros asociados comerciales hayamos divulgado su información médica protegida para fines que no sean el tratamiento, el pago, las operaciones de atención médica y otras actividades específicas. Le proporcionaremos la fecha en que realizamos la divulgación, el nombre de la persona o entidad a la que divulgamos su información médica protegida, una descripción de la información médica protegida que divulgamos, el motivo de la divulgación y otra información específica. Su solicitud puede ser para divulgaciones realizadas hasta seis años antes de la fecha de su solicitud.

Puede solicitar una rendición de cuentas presentando su solicitud por escrito utilizando la información que figura al final de este aviso. Si solicita esta lista más de una vez en un período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable en base al costo por responder a estas solicitudes adicionales.

Solicitudes de restricción: tiene derecho a solicitar que impongamos restricciones adicionales al 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 caso de emergencia) hasta que recibamos una solicitud por escrito de su parte para poner fin a la restricción. Cualquier acuerdo que podamos celebrar en respuesta a una solicitud de restricciones adicionales debe constar por escrito y estar

firmado por una persona autorizada para celebrar dicho acuerdo en nuestro nombre. No seremos responsables de los usos y las divulgaciones realizados fuera de la restricción solicitada, a menos que nuestro acuerdo para restringir conste por escrito. Estamos autorizados a rescindir nuestro acuerdo sobre la restricción solicitada mediante una notificación por escrito.

Puede solicitar una restricción por escrito utilizando la información que aparece al final de este aviso. En su solicitud, indíquenos: (1) la información cuyo uso y divulgación desea limitar y (2) la manera en que desea limitar nuestro uso.

y/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 total o parcial de su información médica protegida puede ponerlo en peligro, tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted de manera confidencial sobre su información médica protegida. Esto significa que puede solicitar que le enviemos información por medios alternativos o a una dirección alternativa. Podemos atender su solicitud si es razonable, si especifica los medios alternativos o la dirección alternativa y cómo se gestionarán los asuntos relacionados con los pagos (primas y reclamaciones). Puede solicitarnos una comunicación confidencial por escrito utilizando la información que figura al final de este aviso.

Enmienda: tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información médica protegida. Su solicitud debe presentarse por escrito y debe explicar por qué debería modificarse la información. Podemos denegar su solicitud si no fuimos nosotros quienes creamos la información que desea modificar o por otros motivos determinados. Si denegamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se anexará a la información que deseaba enmendar. Si aceptamos su solicitud para modificar la información, haremos esfuerzos razonables para informar a otros, incluidas las personas que nos indique, sobre tal modificación y para incluir los cambios en futuras divulgaciones de esa información.

Aviso electrónico: incluso si acepta recibir este aviso en nuestro sitio web o por correo electrónico (email), también tiene derecho a recibir una copia impresa. Comuníquese con nosotros utilizando la información que figura al final de este aviso para obtenerlo por escrito. Si la transmisión de correo electrónico ha fallado y CareFirst está al tanto de la falla, le proporcionaremos entonces una copia impresa del aviso.

Notificación de filtración: en caso de filtración de su información médica no protegida, le proporcionaremos una notificación de dicha filtración según lo exija la ley o cuando lo consideremos apropiado.

Eliminación: HIPAA no otorga el derecho a eliminar registros que contengan información médica protegida, y atender tal solicitud nos impediría brindarle los servicios que ha solicitado y contratado. Si tiene preguntas sobre sus derechos individuales, comuníquese con nosotros utilizando la información que se proporciona a continuación.

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 que permita la identificación personal, y no combinamos la información recopilada a través de cookies con otra información financiera personal para determinar la identidad de los visitantes del 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 que protegen su información. Además, limitamos el acceso a su información financiera a aquellos empleados, socios comerciales, proveedores, administradores de planes de beneficios, corredores, consultores y agentes de CareFirst que necesiten conocer esta

información para realizar negocios de CareFirst o para proporcionarle productos o servicios.

Divulgación de su información financiera

A fin de proteger su privacidad, los terceros que estén 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 seguro que lo involucran, divulgaremos su información financiera personal a una tercera parte no afiliada que nos ayude a prestarle servicios a usted o en su nombre.

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

Retención de su información

Excepto cuando los requisitos regulatorios o legales permitan o exijan lo contrario, conservaremos su información de acuerdo con el período especificado por la ley aplicable. En el caso de la información médica protegida, cumplimos con la Ley HIPAA, que exige que los registros se conserven durante un período mínimo de seis (6) años a partir de la fecha en que estuvieron en vigor por última vez. Pueden aplicarse otras leyes estatales y/o federales con períodos de retención más prolongados.

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: nuestra máxima prioridad. Incluso si ya no es cliente de CareFirst, nuestra política de privacidad continuará aplicándose a 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 obtener copias adicionales de este aviso o si tiene preguntas o inquietudes, llame al número de servicios para miembros que figura en su tarjeta de identificación o comuníquese con la Oficina de privacidad de CareFirst usando la información que figura a continuación.

Cómo presentar una queja

Si le preocupa que podríamos haber violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una determinación que hayamos tomado sobre sus derechos individuales, puede usar la información de contacto que figura al final de este aviso para presentarnos una queja. También puede presentar una queja por escrito al DHHS. Le proporcionaremos la información de contacto del DHHS cuando lo solicite.

Apoyamos su derecho a proteger la privacidad de su información médica y financiera protegida. No tomaremos ningún tipo de represalia si decide presentar una queja ante nosotros o ante el DHHS.

Información de contacto:

CareFirst BlueCross BlueShield and CareFirst BlueChoice, Inc. Privacy Office

1501 S. Clinton Street
Baltimore, MD 21224

Teléfono: 800-853-9236

Fax: 410-505-6692

Correo electrónico: privacy.office@carefirst.com

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 recibir varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener 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 cualificaciones de los proveedores de nuestra red y sobre cómo les pagamos.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **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 que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención médica. 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". ** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, aun si su médico le recomienda no hacerlo. Si rechaza el tratamiento, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda 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, las personas pierden la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica debido a accidentes o a una enfermedad grave. Tiene derecho a decidir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito para otorgar **poder legal a otra persona para que ella tome decisiones médicas por usted** si en algún momento usted está incapacitado para tomar dichas decisiones.
- **Entregar instrucciones escritas a sus médicos** sobre cómo desea que estos gestionen su atención médica en el caso de que usted quede imposibilitado para tomar dichas decisiones.

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se llaman **directivas anticipadas**. Los documentos tales como un **testamento vital** y un **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo establecer una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunos comercios que venden artículos para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar el lugar donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere obtener la ayuda de un abogado para prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que pueda tomar decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Puede que quiera entregar copias a amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia 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 (incluyendo si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede denegar su atención médica ni discriminarle en función de si firma o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico o un hospital no ha seguido las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante la Office of the Attorney General.

Si reside en Maryland, comuníquese con:

Maryland Attorney General
Health Decisions Policy Division
300 W. Preston Street,
3rd Floor,
Baltimore, MD 21201

Si reside en Washington D.C., comuníquese con:

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, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga: pedir 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 origen nacional, 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 la Office for Civil Rights de su localidad.

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 tiene en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al +1 (410) 767 1100 o al +1 (800) 243 3425 (Maryland) o al +1 (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 aquí:

- **Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al +1 (410) 767 1100 o al +1 (800) 243 3425 (Maryland) o al +1 (202) 727 8370 (Washington D.C.)
- **Comuníquese con Medicare**
    - Visite Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y protecciones de Medicare* (disponible en Derechos y protecciones de Medicare)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY 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 preguntas, 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 reglas que debe seguir para obtener los servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 proporcionan los 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.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de 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 otros proveedores a que le ayuden brindándoles información, haciéndoles preguntas y realizando un seguimiento de su 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 sus médicos acordaron.
    - 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 pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe seguir pagando sus primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para algunos 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* del área de servicio de nuestro 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 hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para tratar 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 en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar 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. La mayoría de las personas no conocen estos términos. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan términos más sencillos en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para 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. Dos organizaciones que pueden ayudar son:

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además, pueden responder las 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 Medicare.gov

SECCIÓN 3 Qué proceso puede utilizar para resolver 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 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, Una guía sobre las determinaciones de cobertura y 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 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 Part B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Part B de Medicare como **atención médica**. Puede recurrir al proceso de determinación de cobertura y apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no, y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar las determinaciones de cobertura antes de recibir los servicios

Si necesita saber si cubrimos un tipo de 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 usted o su médico de la red puedan demostrar que 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 nunca está cubierto bajo ninguna circunstancia. 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 ciertos casos específicos, se rechazará una solicitud de determinación de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimará 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 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. Su apelación estará a cargo de revisores diferentes de los que tomaron la decisión original.

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 rechazo de una solicitud incluyen una solicitud incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se explicará 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 entidad 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 para 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 ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, tiene que ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
    - Para atención médica o medicamentos de Part B, el médico puede solicitar una determinación de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se deniega 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 de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en 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. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podremos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que 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 comunicarse con su propio abogado o solicitar el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. Existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si califica. Sin embargo, **no está obligado a 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 normas y plazos 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 cree que su 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 ambulatoria [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 a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las normas para los medicamentos de Parte B son diferentes de las normas para los elementos médicos y los servicios.

Esta sección 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 nuestro plan, pero le informamos que no pagaremos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó por la atención médica que considera que debe estar cubierta por nuestro plan y desea solicitar a nuestro plan el reembolso por esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Le dijeron que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

   Nota: si la cobertura que se suspenderá es para servicios de atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican reglas 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, se toma una determinación de cobertura estándar dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una determinación de cobertura rápida suele tomarse en un plazo de 72 horas, para los servicios médicos, o 24 horas, para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una determinación de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes 2 requisitos:

- Puede *solicitar únicamente* la cobertura de artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una determinación de cobertura rápida *solamente* si el uso de los plazos estándar pudiera causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para recuperar la funcionalidad.

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 solicita una determinación de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una determinación de

cobertura rápida. Si no aprobamos una determinación de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la daremos automáticamente.
- Explica que 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 estándar utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le brindaremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas 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 Part 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 pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta por 14 días naturales 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 para un medicamento de la Parte B.
- Si 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 al proceso para determinaciones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las determinaciones de cobertura rápida 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 Part B, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más**. 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.* (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 todo lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué nuestra respuesta es negativa.

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

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una determinación de cobertura de atención médica se denomina 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 dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención, usted o su médico deberán 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, hágalo por escrito.** El Capítulo 2 tiene 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.
- **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 no cumple este plazo y tiene una justificación para no haberlo cumplido, explique el motivo del retraso en 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.
- **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, analizamos detalladamente toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- De ser necesario, recopilaremos más información 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 pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más** si su solicitud es por un producto 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 de la extensión del plazo 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 entidad de revisión independiente. La entidad

de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a 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 para una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le 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 comunicaremos nuestra decisión antes de lo previsto si su estado de salud así lo requiere.
    - Sin embargo, si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que pueda 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 rápida, le daremos una respuesta 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 entidad de revisión independiente revisará la apelación. La entidad de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si la solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si la solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la entidad de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La entidad de revisión independiente le informará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debería cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la entidad de revisión independiente analiza su apelación.

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se conoce como su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a brindar información adicional a la entidad 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 recibió una apelación rápida, también recibirá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de una apelación rápida, la entidad 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 producto o servicio médico y la entidad de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si extienden el plazo, le notificarán por escrito. La entidad de revisión independiente 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 recibió una apelación estándar, también recibirá 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 entidad 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 entidad

de revisión independiente le deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación.

- Si su solicitud es por un producto o servicio médico y la entidad de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si extienden el plazo, le notificarán por escrito. La entidad de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: la entidad de revisión independiente le informa su respuesta.

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

- **Si la entidad de revisión independiente responde positivamente a una parte o a la totalidad de 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 entidad 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 entidad de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente a una parte o a la totalidad de una 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 para las **solicitudes estándar**. Para las **solicitudes expeditas** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en 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 está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta, la cual:
    - Explica la decisión.
    - Le informa de su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un determinado monto mínimo. La notificación por escrito que recibirá de la entidad de revisión independiente le indicará la cantidad en dólares que debe pagar para continuar con el proceso de apelación.
    - Le informa cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple con los requisitos, podrá 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 adjudicador 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 Solicitud para que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted 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 se le informa cómo debe enviarnos 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 pagó está cubierta. También verificaremos si cumplió con las normas para utilizar su cobertura de atención médica.

- **Si respondemos afirmativamente a su solicitud:** si la atención médica está cubierta y usted cumplió con todas las normas, generalmente le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en el plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario, después de haber recibido 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 no siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se 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 decisión 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 sobre reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

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

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

Cuando sea ingresado en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar 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 podrá 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 será considerada.

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

En un plazo de 2 días calendario luego de ser admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** El aviso le 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** sobre 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 solicitará firmar el aviso escrito como acuse de recibo y para demostrar que comprende sus derechos.**

   - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre 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 su copia** del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

   - Si firma el aviso 2 días naturales o más antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
   - Para ver una copia de este aviso por anticipado, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en 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

Para solicitarnos que cubramos los servicios de hospitalización por más tiempo, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**

- **Solicite 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 al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (Maryland) al 410-767-1100 o al 800-243-3425, o al 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 Quality Improvement Organization revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted. La **Quality Improvement Organization** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica financiados por el gobierno federal para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Quality Improvement Organization de su estado y solicite una revisión *inmediata* de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización o buscar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Quality Improvement Organization de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Quality Improvement Organization *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 por ello* mientras espera obtener la determinación de la Quality Improvement Organization.
    - **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** 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 Quality Improvement Organization se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado del alta**. En este aviso se indica la fecha de alta programada 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.

- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) O puede obtener una muestra del aviso en línea en 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 Quality Improvement Organization (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 prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán la información provista por nosotros y el hospital.
- 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 tener toda la información necesaria, la Quality Improvement Organization le brindará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

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

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la entidad de revisión independiente es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Quality Improvement Organization le dé la respuesta a su apelación.
- Si la entidad de revisión independiente *rechaza* su apelación y 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 Quality Improvement Organization 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 (Quality Improvement Organization) *deniega* a su apelación, *y* continúa hospitalizado después de la fecha de alta programada, puede 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, le solicita a la Organización de Mejoramiento de Calidad que revise nuevamente su determinación sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejoramiento de Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su hospitalización posterior a la fecha de alta programada.

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

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización de Mejoramiento de Calidad respondió *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si 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 entidad de revisión independiente es afirmativa:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que 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 como paciente internado durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

- Debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la entidad de revisión independiente es negativa:

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

Paso 4: Si la respuesta es negativa, debe decidir si desea continuar con su apelación en el Nivel 3.

- Existen 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de 5 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 adjudicador 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 a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación ambulatoria integral)** cubiertos, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios por ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de estos 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. Le indica cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación 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** por lo menos 2 días naturales antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención médica. En el aviso se le indica lo siguiente:
   - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
2. **Se le solicitará que usted o la persona que actúe en su nombre firme el aviso por escrito para indicar que lo recibió.** Firmar el aviso demuestra *únicamente* que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

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

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Solicite 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 al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (Maryland) al 410-767-1100 o al 800-243-3425, o al Proyecto de Asesoramiento sobre Seguros Médicos (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 de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la calidad de

la atención que se brinda a las personas con 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*. Debe 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 busque 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 iniciar su apelación, 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 también se pueden encontrar 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 los motivos 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 prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, consultará con su médico y analizará la información que nuestro plan le entrega.

- A más tardar al final del día en que los revisores nos comuniquen su apelación, le enviaremos la *Explicación detallada de no cobertura* en la que se explican en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- 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 no aceptan?

- Si los revisores *no aceptan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, **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 *no aceptan* 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 tomaron 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 en un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: comuníquese nuevamente con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el plazo de 60 días calendario** después de la fecha en que la Organización de Mejora de la Calidad respondió *no* a su apelación de Nivel 1.

Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó la cobertura para la atención.

Paso 2: la Organización de Mejora de la 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: en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y le comunicarán la decisión.

¿Qué sucede si la organización independiente de revisión aprueba su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos por la atención que recibió desde la fecha en que le indicamos que terminaba su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la entidad de revisión independiente rechaza su apelación?

- Esto significa que ellos están de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le indicará, por escrito, lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará información detallada sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea proseguir 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 adjudicador se encarga del 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 presentar 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 su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

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

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera que los primeros 2 niveles. A continuación, se detalla quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo**o un abogado adjudicador 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 adjudicador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* finalizar**. 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 decidimos apelar, pasará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días naturales después de recibir la determinación del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
    - 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 el juez de derecho administrativo o el abogado mediador deniega su apelación, el proceso de apelaciones *podría* o *no* finalizar**.
    - Si decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
    - Si no quiere aceptar la determinación, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que recibe le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una determinación favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* finalizar.** 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 determinación, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales después de recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la determinación, le informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
    - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
    - Si no acepta 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 reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con esta apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba* o *deniega* 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 atienden en el proceso para presentar quejas?

El proceso para presentar quejas *solo* se utiliza para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el

servicio al cliente. A continuación, se presentan ejemplos de los tipos de problemas que se atienden 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, mal servicio al cliente 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 están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para programar una cita o ha tenido que esperar demasiado? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado tiempo? ¿Nuestros Servicios para Miembros u otro personal del plan le han hecho esperar demasiado tiempo? ○ Por ejemplo, esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o al obtener 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	• ¿No le entregamos un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se refieren exclusivamente a la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las determinaciones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión 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: • Si nos solicitó una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida* y rechazamos su solicitud, puede presentar una queja.

Queja	Ejemplo
	• Si cree que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si 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

Términos legales:

- 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 expedita**.

Paso 1: contáctenos inmediatamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) por lo general es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, ahí se lo informarán.

- **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, responderemos a su queja 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 cuadernillo. 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 presentarnos su queja formal de forma verbal 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 expeditas:** si tiene una queja formal expedita, 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 expedita se revisará dentro de las 24 horas posteriores a recibirla. Le llamaremos para comunicarle el resultado de su queja formal expedita.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales 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 debido a una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días naturales (calendario).** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, **podremos tomarnos hasta 14 días naturales adicionales** (44 días naturales en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud para una determinación de cobertura rápida o una apelación rápida, automáticamente le aprobaremos una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con su queja de forma total o parcial, o no asumimos la responsabilidad por el problema que la motivó, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le proporcionemos.

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

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

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización de Mejora de la Calidad.** La Organización de Mejora de la Calidad 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. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización de Mejora de la 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 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 la 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** (por su elección) o **involuntaria** (no por su elección):

- Usted podría dejar nuestro plan porque decidió que *desea* retirarse. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo finalizar su membresía voluntariamente.
- También hay algunas situaciones en las que nos vemos obligados a dar de baja su membresía. La Sección 5 explica las situaciones en las que debemos dar de baja su membresía.

Si usted abandona nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y usted continuará pagando su parte de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1 Usted puede poner fin a su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar 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 la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija conservar su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el año siguiente**. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado,
    - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

- **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 beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que adquieren dicho 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 Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos separado de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

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

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si se aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid

- Si incumplimos 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 se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Sección 2.4 Obtener más información sobre cuándo puede dar de baja su membresía

Si tiene preguntas sobre cómo dar de baja su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare y Usted 2027*** .
- 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 dar de baja su membresía en nuestro plan

En la siguiente tabla se explica cómo puede 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 • La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute se le cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute se le cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para anular su inscripción.** Comuníquese con Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. • Se le cancelará la inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute cuando comience su cobertura en Original Medicare.

Nota: si tiene otra cobertura acreditable de medicamentos y cancela esa cobertura, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante, después de haber estado sin cobertura acreditable de medicamentos 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, 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 usted 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 dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute debe finalizar su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare
- 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 encuentra en el área de viajeros o visitantes, puede seguir inscrito en nuestro plan por hasta 12 meses. Si no regresa al área de servicio de nuestro plan en un plazo de 12 meses, se cancelará su inscripción en nuestro plan.
    - 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 se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, ni un extranjero que reúna los requisitos
- 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 esta razón, 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 esta razón, 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 esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
    - Si damos de baja su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al inspector general que investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea 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 ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por una razón relacionada 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 damos de baja su membresía en nuestro plan

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

CAPÍTULO 9: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

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 conforme a la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se incluyen o explican en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamospor 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, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud asequible y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene alguna inquietud sobre discriminación o trato injusto, llame a Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Office for Civil Rights local. También puede revisar la información de Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights en HHS.gov/ocr/index.html.

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

SECCIÓN 3 Aviso sobre los 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 Código de Reglamentaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), secciones 422.108 y 423.462, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría 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 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 de Medicare Secondary Payer. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute puede usar cualquier derecho de recuperación que esté disponible para el programa Medicare en función del Título 42 del U.S.C., Sección 1395mm(e)(4); Título 42 del U.S.C., Sección 1395w-22(a)(4); Título 42 del C.F.R., Parte 411 y Título 42 del C.F.R., Parte 422.

Recuperación significa tener 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 Capítulo: 9 (EOC): pagos de contenido realizados a usted en virtud de una póliza de protección contra lesiones personales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute no le exigirá el reembolso de los gastos médicos, a menos que usted obtenga una indemnización por dichos gastos mediante una acción legal.

A. Debe notificar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute tan pronto como sea razonablemente posible que un tercero puede ser 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 resulten del hecho que dio origen a la causa de acción, CareFirst

BlueCross BlueShield Advantage Salute se subrogará y sucederá en cualquier derecho de recuperación que tenga contra cualquier persona u organización.

C. Usted deberá pagar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute el monto recuperado por demanda, liquidación u otro modo 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 causa de acción.

D. Usted debe proporcionar información y asistencia, y firmar los documentos que CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute pueda requerir para facilitar el cumplimiento de estos derechos. Usted no emprenderá acciones que perjudiquen 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 podría reducirse de la siguiente manera:

1. Dividiendo 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 entre el monto total de la recuperación por lesiones personales; y

2. Multiplicar 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. A solicitud por escrito de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute, usted o su abogado quien solicite una reducción de la reclamación de subrogación deberá proporcionar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute una certificación en la que se indique el monto de los honorarios de abogado incurridos.

CAPÍTULO 10: Definiciones

Apelación: una apelación es una medida que toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o por 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.

Área de servicio: 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 dar de baja su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de modo permanente.

Atención de custodia: la atención de custodia son cuidados personales brindados en una residencia para ancianos, centro de cuidados paliativos u otra instalación, cuando no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada 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.

Atención de emergencia: 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.

Atención en un centro 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 medica, podemos incluir fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un miembro del personal de enfermería o un médico.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios cubiertos según criterios específicos. En lo que respecta a la red de una PPO, algunos servicios médicos 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 marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

Auxiliar de atención médica a domicilio: 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).

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.

Baja o **cancelación de la membresía:** el proceso de finalizar su membresía en nuestro plan.

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.

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 entorno del hogar.

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

Cobertura de medicamentos recetados acreditable: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, 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.

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

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

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.

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren 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 un servicio específico o 3) cualquier monto de *coseguro*, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que el plan exige para recibir un servicio específico.

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 debe proporcionarle 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.

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

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

Dispositivos protésicos y ortóticos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros y ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluyendo suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Dual Eligible Special Needs Plans (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 por Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

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.

Equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés): 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 IV, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

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.

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

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

Hospitalización: sucede cuando se admite formalmente a un paciente en 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.

Medicaid (o Medical Assistance): 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 afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare Advantage (MA) Plan: a veces llamado la Parte C de Medicare, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Medicare Advantage Plan puede ser i) un HMO, ii) un PPO, iii) un Private Fee-for-Service (PFFS) plan o iv) un Medicare Medical Savings Account (MSA) plan. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Special Needs Plan (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de

medicamentos recetados). Estos planes se denominan **Planes de Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Medicare Health Plan: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de Part A y Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plans, Special Needs Plans, Demonstration/Pilot Programs, y los Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

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).

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).

Monto máximo de gastos de bolsillo combinado: 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 más información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo combinado.

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).

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): 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.

Original Medicare (Traditional Medicare o Fee-for-Service Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de los montos establecidos por el Congress a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene 2 partes: Part A (Seguro de hospital) y Part B (Seguro médico) y está disponible en todo United States.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario Medicare Prescription Drug Benefit Program.

Período de beneficios: Es la forma que utiliza tanto nuestro plan como 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 ingresa a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ninguna atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. 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 ingresa 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.

Período de inscripción abierta en Medicare Advantage: el 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 Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente 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 para Medicare por primera vez.

Periodo de inscripción abierta: 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.

Período de inscripción especial: lapso durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. 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 contrato con usted.

Período de inscripción inicial: período en que puede inscribirse en la parte Ay la parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es un período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

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

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas frágiles, a fin de ayudarlas a mantenerse independientes y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a una residencia para ancianos) durante el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Plan Preferred Provider Organization (PPO): un plan Preferred Provider Organization es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de una suma específica. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. El costo compartido 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 en sus gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite más alto en sus gastos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Póliza de Medigap (Medicare Supplement Insurance): el seguro complementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un Medicare Advantage Plan no es una póliza de Medigap).

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

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

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 pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o Centro médico fuera de la red: proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar 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.

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

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

Remisión: 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 cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término “Servicios cubiertos por Medicare” no incluye los beneficios adicionales, como servicios para la vista, dentales o auditivos, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

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

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.

Servicios de urgencia: servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, se considera un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, dadas la hora, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina médicamente necesarias con proveedores (como los chequeos anuales) no se consideran servicios 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: es un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios preventivos: servicios de atención médica que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar su propia salud.

Special Needs Plan: un tipo especial de Plan de Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada a grupos específicos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, aquellas que viven en una residencia para ancianos o las que sufren ciertas afecciones médicas crónicas.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte "Ayuda Adicional”.

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Salute Member Services

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
Llame	833-536-2001 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre Servicios para Miembros 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre
Escriba a	CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Attention: Member Services Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos

El State Health Insurance Assistance Program (Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento gratuito sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

Método	SHIP de Maryland: información de contacto
Llame	+1 (410) 767 1100 o +1 (800) 243 3425
TTY	711
Escriba a	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	SHIP de Washington DC: información de contacto
Llame	202-727-8370
TTY	711

Método	SHIP de Washington DC: información de contacto
Escriba a	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 la PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que muestre un número de control válido de la OMB. 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.*