

2027

Evidencia de Cobertura

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (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_MA04862IND_C_SPN

1 de enero – 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature (PPO)

Este documento proporciona información detallada sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos 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 de su plan y los costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- 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, llame a 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 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. Esta llamada es gratuita.

Este plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, es ofrecido por CareFirst Advantage PPO, Inc. (*d/b/a CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage*). (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se usan los términos “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se hace referencia a CareFirst Advantage PPO, Inc. (que opera bajo el nombre de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature.)

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

Para obtener información como mas le convenga, comuníquese con Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran al dorso de este cuadernillo). De ser necesario, podemos brindarle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

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

Y0154_H7379_MA04862IND_C_SPN

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

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 7
SECCIÓN 1 Usted es miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature .. 7
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad para el plan 8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía 9
SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2027 11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 17
SECCIÓN 6 Mantenga actualizados los datos de su membresía en el plan 19
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 20

CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos 22
SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 22
SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare 27
SECCIÓN 3 State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) 30
SECCIÓN 5 Seguro Social 30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados 33
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) 37
SECCIÓN 9 Si tiene algún seguro grupal u otro seguro médico de su empleador 38

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 39
SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 39
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red y fuera de la red para obtener su atención médica 40
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente a usted el costo total de los servicios cubiertos? 47
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 47
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución no médica religiosa dedicada a la atención médica 49

SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de propiedad de equipo médico duradero 50

CAPÍTULO 4: Cuadro de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 53

SECCIÓN 1 Explicación sobre sus gastos de bolsillo para servicios cubiertos..... 53

SECCIÓN 2 El Cuadro de Beneficios Médicos muestra sus beneficios médicos y costos . 56

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 139

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 142

SECCIÓN 1 Normas básicas de nuestro plan sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D 142

SECCIÓN 2 Surta los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través de los servicios de envío por correo de nuestro plan 143

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 147

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 149

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría? 151

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año 153

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos sin cobertura 156

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 157

SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 158

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos..... 160

CAPÍTULO 6: Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D 163

SECCIÓN 1 Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D 163

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature..... 165

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* indica en qué etapa de pago se encuentra..... 166

SECCIÓN 4 Etapa de deducible 168

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial..... 168

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en caso de catástrofe 173

SECCIÓN 7 Lo que usted debe pagar por las vacunas de la Parte D..... 174

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por medicamentos o servicios médicos cubiertos 176

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por servicios o medicamentos cubiertos 176

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que recibió 179

SECCIÓN 3 Consideraremos la solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos ... 180

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 181

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... 181

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan..... 198

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 200

SECCIÓN 1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud 200

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... 200

SECCIÓN 3 Qué proceso puede utilizar para resolver su problema 201

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones..... 202

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 205

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 214

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto..... 226

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto 232

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5 236

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 240

CAPÍTULO 10: Finalización de membresía en nuestro plan 244

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan 244

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede dar de baja su membresía a nuestro plan?..... 244

SECCIÓN 3 Cómo dar de baja su membresía en nuestro plan..... 247

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos a través de nuestro plan 248

SECCIÓN 5 CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature debe dar de baja su membresía en el plan en determinadas situaciones 248

CAPÍTULO 11: Avisos legales 250

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable 250

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 250

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación para pagadores secundarios de Medicare 251

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación 251

CAPÍTULO 12: Definiciones 253

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature

Sección 1.1 Usted está inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, que es un plan PPO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y eligió recibir la cobertura de salud y medicamentos de Medicare a través de nuestro plan, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature. 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 Signature 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.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature cubre su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)*, y los avisos que usted recibe de nuestra parte acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato está vigente durante los meses en que esté inscrito en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature después del 31 de diciembre de 2027. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio luego del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare

como miembro de nuestro plan siempre y cuando decidamos seguir ofreciéndolo y Medicare renueve 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 la Parte A y en la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). Las personas encarceladas no se consideran residentes en el 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 Signature

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature está disponible únicamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio para el Signature PPO 1 incluye estos condados de Maryland: Allegany, Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Caroline, Cecil, Charles, Dorchester, Garrett, Harford, Howard, Montgomery, Prince George's, Somerset, Talbot, Washington, Wicomico

Nuestra área de servicio para el Signature PPO 2 incluye estos condados en Maryland y Washington D.C.: Carroll, Frederick, Kent, Queen Anne's, St. Mary's, Worcester, District of Columbia

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 para cambiarse a Medicare Original 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).

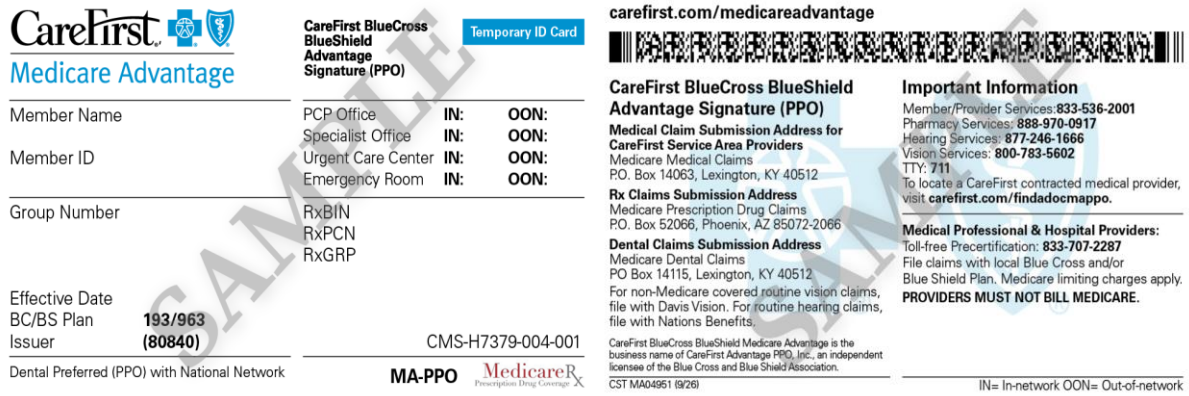
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los Estados Unidos, no ciudadano que reúna los requisitos

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 Signature si, por este motivo, usted no reúne los requisitos para continuar como miembro de nuestro plan. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature debe cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en farmacias de la red. También debe mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Muestra de la tarjeta de membresía del plan:



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 Signature, 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 nuestra tarjeta de membresía del 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 a nuestros proveedores actuales 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, su parte de los costos por los servicios cubiertos podría ser 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). Las solicitudes de *Directorios de proveedores* en formato impreso se le enviarán por correo dentro de los 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/ medicare-advantage-plan-resources.html enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En ella se indican los medicamentos recetados que están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature. Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos a menos que

se hayan eliminado o reemplazado como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature.

En la Lista de medicamentos también se indica si existen reglas que restrinjan la cobertura de su medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite www.carefirst.com/medicareadvantage o llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser superior o inferior a este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**Signature PPO 1: $47** **Signature PPO 2: $58**
Deducible	**$320 excepto la insulina suministrada a través de un equipo médico duradero.**
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el máximo que pagará de su 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: $7,151** **De proveedores dentro y fuera de la red combinados: $12,000**
Visitas al consultorio de atención primaria	**$0 de copago por visita**
Visitas a consultorios de médicos especialistas	**$45 de copago por cada visita**

	Sus costos en 2027
Hospitalizaciones Incluye diversos tipos de hospitalizaciones, como atención para casos agudos, rehabilitación 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.	**$325 de copago por día para los días 1-5** **$0 de copago por día para los días 6-90**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener más detalles, incluyendo las Etapas de deducible anual, cobertura inicial y en caso de catástrofe).	**Deducible de la cobertura de medicamentos cubiertos de la Parte D** **$600 para las Categorías 3, 4 y 5, excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.** **Copago/coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: copago de $0** **Medicamentos de nivel 2 - Genéricos: copago de $3** **Medicamentos de nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: 20% de coseguro** **No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.** **Medicamentos de nivel 4 - Medicamentos no preferidos: 35% de coseguro** **No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada**

	Sus costos en 2027
	producto de insulina cubierto en esta categoría. **Medicamentos de nivel 5 - Categoría de medicamentos especializados: 26% de coseguro** **No paga más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.** **Etapa de cobertura en caso de catástrofe:** **Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto Ajustado Mensual Relacionado con los Ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Medicare Prescription Payment Plan (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual. Para 2027, la prima mensual de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature PPO 1 es de $47 y la de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature PPO 2 es de $58.

En algunas circunstancias, la prima de su plan podría ser menor.

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen “Ayuda Adicional” (Extra Help) y los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica. Obtenga más información sobre estos programas en el Capítulo 2, Sección 7. Si califica, inscribirse en uno de estos programas podría reducir la prima mensual de su plan.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas que figura en esta *Evidencia de Cobertura* podría no aplicarse a su caso**. Le enviamos un folleto adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben "Ayuda Adicional" (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el cual se explica su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto adicional, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare varían según los ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare & You 2027* en la sección llamada Costos de Medicare de 2027 (2027 Medicare Costs). Descargue una copia del sitio web de Medicare en (Medicare.gov/medicare-and-you) o solicite una copia impresa por teléfono llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY 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

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir 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 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros están obligados a pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de finalizado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más durante el cual no tuvo cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable. La cobertura de medicamentos recetados acreditable es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, dado que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Por lo general, deberá pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, le informaremos el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Usted recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare para ayudarle a pagar los costos de sus medicamentos.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Tuvo cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o Veterans Health Administration [VA]). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín informativo de nuestro plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

    - **Nota:** Cualquier carta o aviso debe establecer que tenía una cobertura de medicamentos recetados acreditable y que se esperaba que pague lo mismo que el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos en medicamentos no son cobertura de medicamentos recetados acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- Si pasó 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que pasó sin cobertura.
- Luego Medicare determina el monto de la prima mensual promedio del plan para planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima nacional básica para beneficiarios). Para 2027, el monto promedio de esta prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1% de la prima nacional básica para beneficiarios y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14% por $41.33, lo que equivale a $5.7862. Este monto se redondea a $5.80. Este monto se agregaría **a la prima mensual del plan para la persona con la multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres factores importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía mensual de la Parte D:

- **La multa puede cambiar todos los años,** porque la prima base nacional para beneficiarios puede variar todos los años.

- **Por lo general, seguirá pagando una multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tiene cobertura después de su período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **en el plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros estén obligados a pagar un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D (IRMAA). El cargo adicional se calcula con su ingreso bruto ajustado modificado, según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierta cantidad, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si tiene que pagar un monto adicional de IRMAA, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será el monto adicional. El monto adicional se deducirá del cheque de beneficios que recibe del Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague la prima del plan de manera habitual, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Deberá pagar el IRMAA adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de IRMAA, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacer esto, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Medicare Prescription Payment Plan

Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos recetados (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos recetados que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

El Capítulo 2, Sección 7 se brinda más información sobre el Medicare Prescription Payment Plan. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima de su plan

Existen 5 maneras de pagar la prima del plan.

Opción 1: pagar con cheque

CareFirst le facturará mensualmente. El primer pago de su prima vence en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura o antes. La factura de la prima de cada mes se enviará por correo alrededor del día 15 del mes anterior, y las primas de cada mes de cobertura deberán abonarse el primer día del mes correspondiente al período al que se aplica la prima.

Su cheque debe emitirse a nombre de CareFirst Advantage PPO, INC. (no a nombre de CMS ni HHS) y debe enviarse por correo a la dirección que figura a continuación. Si su cheque es rechazado por fondos insuficientes, es posible que le cobremos una comisión de no más de $14, que será independiente de cualquier comisión que su banco pueda cobrarle por fondos insuficientes.

Administrador de pagos
P.O. Box 781637
Philadelphia, PA 19178-1637

Opción 2: puede elegir que su prima se deduzca automáticamente de una cuenta corriente o de ahorros a través de Autopay.

Puede elegir que su prima se debite automáticamente de una cuenta corriente o cuenta de ahorros. Los formularios de autorización previa de retiro bancario se pueden encontrar en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage o poniéndose en contacto con Servicios para Miembros. Complete y firme el formulario y envíenoslo por correo postal a la siguiente dirección:

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

Si nuestro intento de deducir su prima es rechazado por fondos insuficientes, es posible que le cobremos una tarifa de no más de $14, independiente de cualquier tarifa que su banco pueda cobrar por fondos insuficientes.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de pago automático, puede comunicarse con Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 3: puede hacer un pago único o pagos recurrentes con una tarjeta de crédito o débito.

A través de Mi cuenta, puede configurar pagos cada mes con su tarjeta de crédito o débito. Las primas de cada mes de cobertura vencen el primer día del mes para el período al cual se aplica la prima.

Inicie sesión en Mi cuenta para realizar un pago único con su tarjeta de crédito o débito. Para que su prima mensual del plan se deduzca automáticamente de una tarjeta de crédito o débito, inicie sesión en www.carefirst.com/myaccount, seleccione Pagos y siga las indicaciones para inscribirse en el autopago.

Opción 4: deducción de la prima de su plan de su cheque mensual de anualidad de jubilación ferroviaria.

Para configurar pagos recurrentes para que las primas se deduzcan de su cheque de anualidad de jubilación ferroviaria, comuníquese con Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Opción 5: deducción de las primas del plan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la manera en que usted paga su prima del plan

Si decide cambiar la forma de pagar su prima del plan, es posible que deba esperar hasta 3 meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su nuevo método de pago, sigue siendo responsable de asegurarse de pagar su prima del plan a tiempo. Para cambiar su método de pago, en el caso de los pagos realizados directamente a CareFirst (por correo postal o Autopay), comuníquese con Servicios para Miembros. Para cambiar sus pagos realizados a través del Seguro Social o de un cheque de anualidad de la

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, llame o visite su oficina local de la Administración del Seguro Social (SSA).

Si tiene inconvenientes para pagar su prima del plan

Si tiene inconvenientes para pagar su prima a tiempo, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos dirigirlo a programas que puedan ayudarlo con sus costos.

Sección 5.2 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.

Si pasa a ser elegible para la “Ayuda Adicional” (Extra Help) o pierde su elegibilidad para la “Ayuda Adicional” (Extra Help) durante el año, la parte de la prima de su plan que tiene que pagar puede cambiar. Si es elegible para recibir “Ayuda Adicional” (Extra Help) con los costos de su cobertura de medicamentos, “Ayuda Adicional” (Extra Help) paga parte de las primas mensuales de su plan. Si pierde su elegibilidad para obtener “Ayuda Adicional” (Extra Help) durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Puede encontrar más información sobre “Ayuda Adicional” (Extra Help) en la Sección 7 del Capítulo 2.

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

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Detalla su plan de cobertura específico, que incluye el nombre de su proveedor de atención primaria.

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

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Cambios de nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que usted tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la indemnización por accidentes de trabajo o Medicaid)
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como los reclamos por accidentes automovilísticos

- Si es ingresado en una residencia para ancianos
- Si recibe atención en un hospital o 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 algo 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 contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 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 enumerará 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 está 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 aseguradoras (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 cubrió. Puede que el pagador secundario no cubra todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, infórmele 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 se basa en su empleo actual o en el empleo actual de un familiar, el primer responsable en pagar 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 trabajan, 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 de hecho) siguen 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 telefónicos y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature

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 Signature. 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

Servicios para Miembros para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto	
Llame	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Servicios para Miembros 888-970-0917, (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también ofrece servicios gratuitos de interpretación para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Número de fax	855-633-7673
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 o sus medicamentos de la Parte D. 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 o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto	
Escriba	Decisiones de cobertura: CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Preservice Review Department P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117 Appeals: CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Clinical Appeals and Analysis P.O. Box 915 Owings Mills, MD 21117
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos recetados de Medicare Part D: Información de contacto	
Llame	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Número de fax	855-633-7673
Escriba	CVS Caremark Coverage Determinations/Exceptions P.O. Box 52000, MC109 Phoenix, AZ 85072-2000
Sitio web	https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/drug-management-programs.html

Cómo presentar una queja sobre la atención médica

Usted puede presentar una queja acerca de nosotros, nuestros proveedores o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de la 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 9.

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
Llame al	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 Signature directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto	
Llame al	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Número de fax	855-633-7673

Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto	
Escriba	Grievance Department P.O. Box 30016 Pittsburgh, PA 15222-0330
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja acerca de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de proveedor) que usted piensa que debemos pagar, puede que tenga que solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 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 9 para obtener más información.

Solicitudes de pago por atención médica: información de contacto	
Llame 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 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Las llamadas a este número son gratuitas.
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 Claims Reimbursement P.O. Box 14063 Lexington, KY 40512
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

Solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto	
Llame al	888-970-0917 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.
Número de fax	855-633-7673
Escriba	CVS Caremark Medicare Part D Claims Processing P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
Sitio web	www.carefirst.com/medicareadvantage

SECCIÓN 2 Obtenga ayuda de Medicare

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

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

Medicare: información de contacto	
Llame al	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.

Medicare: información de contacto	
Escriba	Puede escribir a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
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 u otros proveedores de atención médica y proveedores de servicios que participen en Medicare. • 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 Signature. **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 State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP) 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 (Health Insurance Counseling Project).

El State Health Insurance Assistance Program 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 acerca de su atención médica o tratamiento y a resolver inconvenientes con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud también pueden ayudarle con sus preguntas o inconvenientes de Medicare, ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

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

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

SECCIÓN 4 Organización de Mejoramiento de Calidad (Quality Improvement Organization, QIO)

Una Organización de Mejoramiento de Calidad (QIO, Quality Improvement Organization) 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 (Maryland and Washington D.C.'s Quality Improvement Organization)	
Llame al	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	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. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso superior. Si

recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos bajaron a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

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

Seguro Social: Información de contacto	
Llame al	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.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas 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 **Medicare Savings Programs** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, 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 (Specified Low-Income Medicare Beneficiary , 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 (Qualified Disabled & Working Individuals, 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.

Maryland Medical Assistance (programa de Medicaid de Maryland): Información de contacto	
Llame al	410-767-6500 o 877-463-3464 De lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 5 p.m.
TTY	800-735-2258 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Maryland Department of Health 201 West Preston Street Baltimore, MD 21201
Sitio web	https://mmcp.health.maryland.gov

Para obtener más información sobre Medicaid y Medicare Savings Programs, comuníquese con DC Medicaid

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

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados

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

"Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado "Ayuda Adicional" (Extra Help) que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para las personas con recursos e ingresos limitados. Si califica, obtiene ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La "Ayuda Adicional" (Extra Help) también se contabiliza para los gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la "Ayuda Adicional" (Extra Help), Medicare le enviará una carta morada por correo para avisarle. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para verificar si califica para obtener "Ayuda Adicional" (Extra Help):

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

Cuando solicite "Ayuda Adicional" (Extra Help), también puede iniciar el proceso de solicitud para el Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que les diga que no lo hagan en la solicitud de "Ayuda Adicional" (Extra Help).

Si califica para la "Ayuda Adicional" (Extra Help) y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarlo a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarlo a compartir esta evidencia con nosotros.

- Comuníquese con Servicios para Miembros si no está seguro de qué evidencia debe proporcionarnos. A menudo, esta evidencia es un aviso de su oficina estatal de Medicaid o del Seguro Social que confirma que califica para "Ayuda Adicional". Dependiendo de su situación, puede tratarse de otro tipo de documentación. Envíenos esta evidencia de una de dos maneras; luego le enviaremos la información actualizada a Medicare.

Número de fax: 855-215-6946

Correo postal: CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
Attention: Member Services Department
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

- **Nota:** Hasta que Medicare actualice sus registros, es posible que usted o su representante deban proporcionar una copia de la evidencia en la farmacia cuando obtenga medicamentos recetados cubiertos por la Parte D para que se le cobre el monto de costos compartidos correspondiente.
- Cuando recibimos la evidencia que demuestra su nivel de copago correcto, actualizamos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando surta su siguiente receta. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos, ya sea mediante cheque o mediante un crédito de copago futuro. Si la farmacia no le cobró su copago y tiene una deuda con ellos, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene “Ayuda Adicional” (Extra Help) y cobertura de un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar medicamentos recetados, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP), la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare paga primero.

En Maryland, el State Pharmaceutical Assistance Program es el Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program.

Comuníquese con el Programa de Asistencia para Medicamentos Recetados para Personas Mayores de Maryland llamando al 800-551-5995 (los usuarios de TTY deben llamar al 800-877-5156) o escribiendo a:

Maryland - SPDAP
c/o International Software Systems Inc.
P.O. Box 749
Greenbelt, Maryland 20768-0749

En Washington D.C., el State Pharmaceutical Assistance Program es el DC Pharmacy Benefits Program.

Comuníquese con el DC Pharmacy Benefits Program llamando al 202-671-4815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o escribiéndonos a:

DC Health
2201 Shannon Place SE
Washington, DC 20020

¿Qué sucede si tiene "Ayuda Adicional" (Extra Help) y cobertura de un AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a las personas con HIV/SIDA a tener acceso a los medicamentos para el HIV que pueden salvar sus vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario de ADAP califican para la asistencia para costos compartidos de medicamentos recetados por medio del Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Maryland.

Nota: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluidos la evidencia de residencia en el estado y la condición de HIV, bajos ingresos (según lo defina el estado) y condición de no asegurado o con seguro insuficiente.

Si cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción local de ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Maryland AIDS Drug Assistance Program.

Maryland AIDS Drug Assistance Program
410-767-6535 o al 800-205-6308
De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
1223 W. Pratt Street
Baltimore, MD 21223
https://health.maryland.gov/phpa/OIDPCS/Pages/MADAP.aspx

State Pharmaceutical Assistance Programs

Muchos estados cuentan con State Pharmaceutical Assistance Programs que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados según sus necesidades financieras, su edad, su afección médica o sus discapacidades. Cada estado cuenta con normas diferentes para ofrecer la cobertura de medicamentos a sus miembros.

En Maryland, el State Pharmaceutical Assistance Program es el Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program.

Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program: Información de contacto	
Llame al	800-551-5995 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program: Información de contacto	
TTY	800-877-5156 Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba	Maryland - SPDAP c/o International Software Systems Inc. P.O. Box 749 Greenbelt, Maryland 20768-0749
Sitio web	http://marylandspdap.com

En Washington D.C., el State Pharmaceutical Assistance Program es el D.C. Pharmacy Benefit Program.

DC Pharmacy Benefit Program: información de contacto	
Llame al	202-671-4815 Lunes a viernes, 8:15 a. m.-4:45 p. m.
TTY	711
Escriba	DC Health 2201 Shannon Place SE Washington, DC 20020
Sitio web	https://dchealth.dc.gov/node/137072

Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

El Medicare Prescription Payment Plan es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de los medicamentos cubiertos por nuestro plan distribuyéndolos a lo largo de **el año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos. Si participa en el Medicare Prescription Payment Plan y permanece en el mismo plan de Medicare Part D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no necesita presentar una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite Medicare.gov.

Medicare Prescription Payment Plan: información de contacto	
Llame al	888-970-0917 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. Los Servicios para Miembros 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuentan con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
Escriba	P.O. Box 7 Pittsburgh, PA 15230
Sitio web	www.carefirst.com/myaccount

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

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

Railroad Retirement Board (RRB): Información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB los días lunes, martes, jueves y viernes de 9 a. m. a 3:30 p. m., y los miércoles de 9 a. m. a 12 p. m. Presione “1” para acceder a la línea de ayuda automatizada de la RRB y a información grabada, las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701

Railroad Retirement Board (RRB): Información de contacto	
	Este número requiere equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene algún seguro grupal u otro seguro médico de su empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) obtiene beneficios de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/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 en el dorso 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.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho), o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos con nuestro plan.

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, el equipo y los medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos de cuidado médico se enumeran en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos de medicamentos recetados se explican en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que nuestro plan cubra su cuidado médico

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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.
- **Reciba 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 figuran 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.
    - Nota: Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si 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 le brinde y supervise su atención médica

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

Un proveedor de cuidado primario (PCP) es el proveedor de cuidado de la salud al que puede acudir para la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Su PCP conoce sus antecedentes de salud y puede ayudarle a mantenerse saludable y a manejar las afecciones de salud continuas.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

Un PCP puede ser un médico de medicina familiar, un médico de medicina interna, un médico general, un enfermero practicante, un asistente médico u otro proveedor que ofrezca servicios de cuidado primario.

¿Cuál es la función de un PCP en su plan?

Su PCP actúa como su principal aliado en la atención médica. Pueden brindar cuidado preventivo, tratar enfermedades comunes, lesiones y enfermedades crónicas (p. ej., presión arterial alta, diabetes, asma, etc.), responder preguntas de salud y ayudarle a manejar su salud en general.

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

Su PCP puede ayudar a coordinar su atención colaborando con otros proveedores de atención médica, ayudándole a comprender sus opciones de tratamiento y asegurándose de que las diferentes partes de su atención funcionen juntas.

¿Cuál es la función del PCP al tomar decisiones sobre la autorización previa (PA) o al obtenerla, si corresponde?

Si se requiere autorización previa para un servicio, el proveedor que presta el servicio es responsable de obtenerla. Su PCP no es responsable de obtener autorizaciones previas para los servicios realizados por un especialista u otro proveedor.

¿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 de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. 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

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 la atención. En el Capítulo 9 (Qué hacer si tiene un problema o una queja [determinaciones de cobertura, apelaciones, quejas]), hay más información sobre qué hacer si quiere una determinación de cobertura de nuestra parte o quiere apelar una decisión que ya hemos tomado.

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

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

Podemos hacer cambios en hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista abandona nuestro plan, 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 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 proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio 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 costo compartido 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 y gestionar 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 9).

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 de pagar el costo total de los servicios que reciba. Verifique con su proveedor antes de recibir los servicios a fin de confirmar que es elegible para participar en Medicare.
- No necesita una remisión ni una autorización previa cuando reciba atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, solicite una determinación de cobertura antes de asistir a la visita para confirmar que los servicios que recibe estén cubiertos y sean médicamente necesarios (consulte la Sección 4 del Capítulo 9). Esto es importante por los siguientes motivos:
    - Sin una determinación de cobertura antes de la visita, podemos denegar la cobertura si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran necesarios médicamente; en cuyo caso usted será responsable del

costo total. Si decimos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención (consulte el Capítulo 9).

- 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 7).
- 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 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.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Solicite 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 Estados Unidos o en sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal pertinente, incluso si no es 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 tenga conocimiento de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llame 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 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 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 que no forman parte de la red, pagará el costo compartido más alto que se aplica 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 justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico diga que no se 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 Reciba atención en caso de urgencia

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 de urgencia son las enfermedades y lesiones médicas imprevistas o los brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, 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.

Puede recibir atención de urgencia a través de centros de atención de urgencia o mediante opciones de telesalud y en línea. Su Directorio de Proveedores incluye una lista de centros de atención de urgencia que forman parte de la red. También puede aprovechar las opciones

remotas, como nuestros Servicios de Telesalud Adicionales (consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para obtener más información).

Los servicios médicos de urgencia están cubiertos a nivel mundial.

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

Si recibe un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, 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 7 (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 le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su emergencia no están cubiertos por el plan.

Si recibe un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, 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 7 (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. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir las recetas en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5.

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 7 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 Signature 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 esos servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga 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 tendrá en cuenta para el máximo de gastos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico calificado, usted solo deberá pagar el costo compartido dentro de la red para los servicios de

ese ensayo. Si pagó de más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costos compartidos de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre cuánto pagó.

Si desea participar en algún estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita comunicarnos ni obtener nuestra aprobación. Los proveedores que le brindan 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 usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio que el monto que pagaría si recibiera estos servicios de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 7 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. Deberá informar a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y presentar la documentación (como la factura del proveedor) a nuestro 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 CT mensuales que se realizan como parte del 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 acerca de 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 va a tener equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos de acuerdo a nuestro plan

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos tales como el equipo y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión 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 del 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 Signature, 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 está 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 equipos de oxígeno de Medicare, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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 Signature o ya no necesita médicamente el equipo de oxígeno, debe devolverlo.

¿Qué sucede si deja 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

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature. 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:

- **Deducible:** el monto que debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (En la Sección 1 .2 se ofrece más información sobre el deducible de nuestro plan).
- **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 está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 El deducible de nuestro plan

Su deducible es $320. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de la mayoría de sus servicios cubiertos. Después de que pague su deducible,

comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (el monto de su copago o coseguro) durante el resto del año natural.

El deducible no se aplica a algunos servicios, incluidos ciertos servicios preventivos realizados dentro de la red. Esto significa que pagamos nuestra parte de los costos por estos servicios, aunque no haya pagado su deducible todavía. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Ambulancia dentro y fuera de la red, medicamentos y administración de quimioterapia, CGM, suministros de monitoreo para la diabetes, suministros de monitoreo diagnóstico, colonoscopia de diagnóstico, mamografía de diagnóstico, DME, servicios de laboratorio, servicios ambulatorios de sangre, PCP y especialista, servicios de la sala de emergencias, servicios preventivos cubiertos por Medicare, medicamentos de insulina de la Parte B cubiertos por Medicare, servicios de atención de urgencia

Sección 1.3 ¿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 $7151. 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 deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos de proveedores de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. (Los montos que paga por las primas del plan, los medicamentos de la Parte D 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 aparecen marcados en el Cuadro de beneficios médicos). Si paga $7151 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 del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).
- Su **monto máximo de gastos de bolsillo combinado** es de $12,000. Este es el monto máximo que pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores dentro y fuera de la red. Los montos que paga por deducibles, copagos y coseguro por servicios cubiertos cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo combinado. (Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos de la Parte D no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo combinado). Si paga $12,000 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 seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Sección 1.4 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, usted tiene una protección importante porque después de alcanzar cualquier deducible, solo debe pagar la suma correspondiente de costos compartidos cuando reciba 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), 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), 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, entonces 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 siguientes páginas, se enumeran los servicios que cubre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature y los gastos de bolsillo que usted paga por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se menciona en el Capítulo 5). 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 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 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.

- 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 & You 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.

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: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:	Copago de $0 en el consultorio de un PCP o copago de $45 en el consultorio de un especialista por cada visita de acupuntura 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
• 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. 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,	$40 de copago por servicios de acupuntura adicionales más allá de los servicios cubiertos por Medicare (24 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).	

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
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.		
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a los servicios que tienen las siguientes características: • Proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un bebé por nacer), o la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor grave o una afección médica que empeora rápidamente.	$115 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. $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
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 están cubiertos por el plan. Si recibe servicios de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, usted será responsable del pago en el momento en que se presten los servicios. Posteriormente, puede presentar las reclamaciones y un comprobante de pago para la consideración del reembolso (menos cualquier costo compartido aplicable al miembro). El transporte y la repatriación no están cubiertos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 (Sección 1).		
 **Atención de la vista** Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de médico ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista rutinarios (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto	Copago de $40 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	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Máximo de $100 para todos los anteojos. 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
• 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 que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más • Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética está cubierta una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. Si se le hacen 2 operaciones distintas de cataratas, no puede reservar el beneficio después de la primera operación para comprar 2 anteojos después de la segunda operación También cubrimos a través de Davis Vision: • Examen de la vista para diabéticos • Examen de la vista de rutina • Anteojos adicionales, que incluyen lentes con receta y un par de marcos de anteojos o lentes de contacto. Para obtener más detalles sobre las asignaciones y la cobertura de la vista de rutina, comuníquese con Davis Vision al 1-888-573-2990 (TTY: 711).	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 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	

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
	cubiertos en su totalidad a través de nuestro proveedor. - $100 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 (por motivos médicos y no médicos): - Si los lentes de contacto son médicamente necesarios, estarán cubiertos en su totalidad a través de Davis Vision. - $100 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 y el ajuste de lentes de contacto corneales tiene un copago de $0. Los servicios de rutina y los servicios no cubiertos por	

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
	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 tales servicios a una agencia de atención médica domiciliaria. Debe estar confinado en casa, lo cual significa que salir de su casa representa un esfuerzo mayor. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica domiciliaria a tiempo parcial o intermitentes (para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica domiciliaria, sus servicios de enfermería especializada y auxiliar de atención médica domiciliaria combinados deben ser inferiores a 8 horas al día y 35 horas a la semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	*Es posible que se requiera autorización previa y sea responsabilidad del proveedor.* $0 de copago por las visitas de cuidado de la salud en el hogar 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.

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 en centros de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan SNF). Cubrimos hasta 100 días por período de beneficios de servicios de enfermería especializada para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada de acuerdo con las directrices de Medicare. No se requiere una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Los medicamentos que se deben administrar como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias presentes de forma natural en el cuerpo, como factores de coagulación) • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos concentrados comienza con la	*Es posible que se requiera autorización previa y 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, $218 de copago por día para los días del 21 al 100	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
primera pinta de sangre que necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta que se utiliza • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente provistas por los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente provistos por los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los SNF • Servicios de médicos y profesionales En general, recibe atención de SNF en los centros que forman parte de la red. En ciertas condiciones como las que se enumeran a continuación, usted podrá pagar los costos compartidos dentro de la red si elige un centro que no es proveedor del plan, solo si el centro acepta los montos de pago establecidos de nuestro plan. • Una residencia para ancianos o una comunidad de jubilados con atención continua donde usted vivía justo antes de ingresar al hospital (siempre que se provea la atención de un centro de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el		

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 usted se retire del hospital		
Atención médica mental ambulatoria Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), terapeuta profesional matriculado (LPC), terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes vigentes del estado.	$40 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. $40 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 que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
Atención 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 formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a su alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	*Es posible que se requiera autorización previa y sea responsabilidad del proveedor.* Por cada estancia hospitalaria para pacientes internados cubierta por Medicare: $325 de copago por día para los días 1-5, $0 de copago por día para los días 6-90 Si recibe atención autorizada para	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
• Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería de rutina • Costos de unidades de atención especial (como las unidades de atención intensiva o coronaria) • Drogas 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 y pulmón, médula ósea, células madre e intestinal y multivisceral. Si necesita un trasplante, someteremos su caso a revisión por un centro de trasplantes aprobado por Medicare que determinará si usted es candidato para dicho procedimiento. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o externos al área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están	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
fuera del modelo de atención de la comunidad, puede elegir ir a una ubicación local siempre que los proveedores de trasplantes locales acepten la tarifa de Medicare Original. Si CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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). Los gastos de viaje y alojamiento están cubiertos para el destinatario (excluida la hospitalización) y su acompañante, sujetos a la elegibilidad del destinatario y a una autorización previa aprobada. El reembolso		

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
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: incluido el almacenamiento y la 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 que se utiliza. • Servicios médicos **Nota:** Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe redactar una orden para admitirlo formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con seguridad si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf, o		

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
llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.		
Beneficio para acondicionamiento físico (SilverSneakers) **Membresía en SilverSneakers®** SilverSneakers puede ayudarle a vivir una vida más saludable y activa mediante el acondicionamiento físico y la conexión social. Tiene cobertura para un beneficio de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers en los centros participantes[1], donde puede tomar clases[2] y usar equipos de ejercicio y otros servicios, sin costo adicional para usted. Inscríbase en tantas localidades 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 le 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	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 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

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
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, 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.		debe solicitarse dentro de los 30 días posteriores al uso de su beneficio de acondicionamiento físico.
Cirugías ambulatorias, incluidos servicios provistos en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** En el caso de que se le practique una cirugía en un centro hospitalario, deberá verificar con su proveedor si se lo	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor*. Copago de $800 por cada cirugía	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
considerará un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.	hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $0 de copago por colonoscopia diagnóstica Copago de $600 por cada cirugía en un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare.	
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. **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 preventivas anuales luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva anual.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
Cuidados paliativos Usted es elegible para recibir el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le dieron un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, y no CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, paga sus servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte 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
terminal y 6 meses de vida o menos si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos 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 cuidados paliativos podrá ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de síntomas y el alivio de dolor • Servicios de atención de respiro a corto plazo • Atención a domicilio Cuando ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si decide quedarse en nuestro plan, deberá continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare relacionados con su pronóstico terminal**: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de cuidados paliativos 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 cuidados paliativos, su proveedor de estos servicios facturará 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
Medicare Original por los servicios que este cubre. Se le facturarán los costos compartidos de Medicare Original. **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, el costo de estos servicios dependerá de si acude a un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (por ejemplo, si se requiere autorización previa). • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para obtener el servicio, solamente pagará 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 Signature, pero no por la Parte A ni la Parte B de Medicare:** CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
Usted paga el monto de costos compartidos de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** si estos medicamentos no están relacionados con la enfermedad terminal por la que recibe cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su afección terminal en un centro para cuidados paliativos, usted pagará el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4). **Nota:** si necesita cuidado no paliativo (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.		
Dispositivos protésicos y ortopédicos, y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan todas o una parte o función corporal. Estos incluyen, entre otros, la prueba, colocación o capacitación sobre el uso de dispositivos ortopédicos y protésicos, además de: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con atención de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor o suministrador* 20% de coseguro del costo total para dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros médicos cubiertos por	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
un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos, y la reparación o el reemplazo de dispositivos protésicos y ortopédicos. También incluye cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas; consulte Vision Care más adelante en esta tabla para obtener más información.	Medicare relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos.	
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3) Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si uno de nuestros proveedores en su área no vende una marca o no trabaja con un fabricante en particular, puede solicitarle que 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 suministrador.* 20% de coseguro para los artículos cubiertos por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coaseguro del 20% para 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 Signature había realizado 36 meses de	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
	pagos de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature es un coseguro del 20% para los artículos cubiertos por Medicare.	
Estadía de paciente internado: servicios cubiertos que se reciben en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si se han agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. En algunos casos, cubriremos 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 se utilizan para reemplazar un órgano interno del cuerpo (incluidos tejidos	*Es posible que se requiera autorización previa y sea responsabilidad del proveedor.* 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 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
adyacentes) o parte de este, o la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona en forma defectuosa o parte de esta; incluidos el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos que se requieren por roturas, desgaste, extravío o cambios en la 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 que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y no se aplica coseguro, copago ni deducible en nuestro plan.	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
después de una colonoscopia previa de detección. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se 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.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • DNA en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva 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,	$0 de copago por un examen físico anual (1 por año calendario).	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
una vez por 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, análisis de laboratorio, exámenes clínicos, EKG (electrocardiogramas), recomendaciones de exámenes preventivos, vacunas y asesoramiento sobre comportamientos saludables.		Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
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 medicamentos a través de nuestro plan. Entre los medicamentos cubiertos se incluyen los siguientes:** • Medicamentos que normalmente no son autoadministrados por el paciente y son administrados por inyección o infusión mientras usted recibe servicios de médicos, hospitalarios ambulatorios o de centros de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por nuestro plan	*Es posible que se requiera autorización previa y sea responsabilidad del proveedor.* Coseguro del 0-20% para medicamentos de quimioterapia de la Parte B cubiertos por Medicare. 0-20% de coseguro 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	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 medicamento contra el alzhéimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab) se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Habla con tu médico sobre qué exámenes y pruebas podrías necesitar como parte de tu tratamiento • Factores de coagulación que se autoadministra por inyección si tiene hemofilia • Trasplante y medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplante si Medicare pagó por su trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de recibir medicamentos inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento	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
• Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • 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. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos contra el cáncer oral, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se utilizan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.		

Servicio cubierto	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios dentro de la red	Lo que usted paga cuando recibe estos servicios fuera de la red
• Ciertos medicamentos orales 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 Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda)		

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
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. También cubrimos algunas vacunas con la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D, que incluye las normas que se deben seguir para recibir la cobertura de sus recetas. El monto que debe pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se describe en el Capítulo 6.		
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	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 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
tiene un mayor riesgo de contraer HIV, cubrimos los medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP vía oral o inyectable aprobado por la FDA, incluido el costo de la inyección del 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		alcanza 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 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
Programas educativos sobre salud y bienestar Nuestros programas de salud y bienestar están diseñados para mejorar la salud y la calidad de vida de los miembros. Estos programas se centran en mejorar los resultados de salud, incluidas las condiciones crónicas. Nuestro plan cubre lo siguiente: • Acceso a CareFirst's Health Library (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 de edad	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 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
• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • Un examen clínico de mamas cada 24 meses		
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas entre 50 y 77 años que no presentan signos 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 LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita apropiada con un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento	No hay copago, coseguro ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas o para la LDCT 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.

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 prueba de detección de cáncer de pulmón y visita de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.		
 **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 de cuello uterino o de vagina, 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 tactos vaginales preventivos cubiertos 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.
 **Prueba de detección de depresión** Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención médica primaria que provea tratamientos de seguimiento o remisiones.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para una visita anual de prueba de detección de depresión.	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 diabetes** Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad, o antecedentes de azúcar alta en sangre (glucosa). Las pruebas también	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes 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.

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
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.		
 **Prueba de detección de HIV** Para personas que solicitan una prueba de detección del HIV o que tienen 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 el 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 que alcanza 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 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. Además, cubrimos hasta 2 sesiones individuales presenciales de	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de prueba de detección de ITS y asesoramiento para beneficio preventivo de ITS cubiertos 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
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 servicio médico preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como por ejemplo, el consultorio de un médico.		
 **Prueba de detección de obesidad y terapia para promover un adelgazamiento constante** Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos servicios de asesoramiento intensivo para ayudarle a bajar de peso. Este asesoramiento está cubierto si se le brinda en un entorno de atención médica primaria, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o proveedor médico para obtener más información.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de obesidad y terapias preventivas.	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 y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol** Cubrimos pruebas de detección por consumo inadecuado de alcohol para adultos (incluso embarazadas) que consumen alcohol en forma inadecuada, pero no son alcohólicos. Si se le diagnostica que usted consume alcohol de forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es	No se aplica coseguro, copago, ni deducible para el beneficio de prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.	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
competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.		
 **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 que alcanza 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 cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
 **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.	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 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
• 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.		
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 (Intensive outpatient programs, IOP) • Programas de hospitalización parcial (Partial hospitalization programs, PHP) • Visita de tratamiento residencial • Atención a pacientes hospitalizados, incluida la desintoxicación Todos los niveles de atención pueden incluir asesoramiento individual o grupal y tratamientos asistidos por medicamentos.	$35 de copago por cada visita individual de tratamiento de uso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare. $35 de copago por cada visita grupal de tratamiento de uso de sustancias para pacientes ambulatorios 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.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o no emergencia, incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al	*Puede requerirse autorización previa para los servicios que no son de emergencia* $350 de copago por cada viaje terrestre de	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
centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otro medio de transporte podría ser peligroso para la salud del paciente y el traslado en ambulancia es médicamente necesario.	ida en ambulancia cubierto por Medicare. $400 de copago por cada viaje aéreo en ambulancia cubierto por Medicare. Este copago no se elimina si ingresa en un hospital.	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 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 y ajuste de audífono al año Las compras de audífonos incluyen lo siguiente:	$40 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar 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). Copagos y tipos de audífonos: $500 por audífono de nivel tecnológico inicial	50% de coseguro por cada examen para diagnosticar y tratar problemas auditivos y de equilibrio cubierto por Medicare. **Examen auditivo de rutina y 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).

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
• 3 visitas de seguimiento durante el primer año a partir de la fecha inicial de colocación • Período de prueba de 60 días desde la fecha de la colocación • 60 pilas al año por audífono (suministro para 3 años) • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo por 1 vez para artículos perdidos, robados o dañados • Audífono (puede aplicarse un deducible por audífono) • Primer par de moldes auditivos (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 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.	$675 por audífono de nivel de tecnología básico $975 por audífono de nivel tecnológico de primer nivel $1,275 por audífono de nivel de tecnología preferido $1,575 por audífono de nivel de tecnología avanzada $1,975 por audífono de nivel de tecnología 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	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 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. Se brinda como un servicio ambulatorio hospitalario o es ofrecido por un centro de salud mental comunitario. Es más intensivo que la atención recibida en	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* $60 de copago por cada hospitalización parcial o servicio	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 consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o terapeuta profesional matriculado. Se trata de una alternativa a la hospitalización. *El servicio intensivo para pacientes ambulatorios* es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y de parejas matriculado (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	ambulatorio intensivo cubierto por Medicare.	
Servicios de médicos y proveedores médicos, incluidas visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de atención médica o quirúrgicos médicamente necesarios que recibe en un consultorio, un centro de cirugía ambulatoria certificado, un departamento hospitalario para pacientes ambulatorios o cualquier otro lugar. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP *O* un especialista, si su médico lo indica para ver si necesita tratamiento médico.	$0 de copago por cada visita al Proveedor de atención primaria cubierta por Medicare o por cada visita de telesalud. $45 de copago por cada visita al especialista cubierta por Medicare o por cada visita de telesalud. $40 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con cualquier tipo de	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
• Determinados servicios de telesalud, incluidos: proveedor de atención primaria, especialista, atención médica mental (individual o grupal), atención médica mental con un psicólogo (individual o grupal) y servicios requeridos urgentemente. Los servicios solo se prestarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red lo considere clínicamente adecuado para el servicio. o Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios por telesalud, puede utilizar un proveedor dentro o fuera 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 brindados por un médico o proveedor médico, están destinados para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las visitas mensuales sobre la insuficiencia renal en etapa terminal de miembros	profesional de la salud mental. $0 de copago por cada visita de telesalud. $40 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. $40 de copago por cada visita de atención urgente en persona 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
con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o trastorno de salud mental recurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Salud Calificados Federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico de entre 5 y 10 minutos **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o El chequeo no esté relacionado con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** o El chequeo no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • Evaluación del video o de las imágenes que le envía a su médico e interpretación y seguimiento por		

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
parte de su médico dentro de las 24 horas **si**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio que se haya realizado en los últimos 7 días **y** o La evaluación no deriva en una visita al consultorio dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por internet o registros electrónicos de salud • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía		
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento clínico o quirúrgico de lesiones y enfermedades del pie (como dedo en martillo o espolón en el talón). • Atención del pie de rutina para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores Además de los servicios de podología cubiertos por Medicare más arriba, también ofrecemos lo siguiente: • Atención de rutina de los pies no cubierta por Medicare para los miembros con cualquier condición	$40 de copago por cada visita de podología cubierta por Medicare. $40 de copago por servicio de podología adicional más allá de los servicios cubiertos por Medicare (12 visitas por año calendario combinadas dentro y fuera de la red). Los servicios no cubiertos por Medicare (servicios de rutina) no se tienen en cuenta para el monto máximo	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 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
médica que afecte las extremidades inferiores	de gastos de bolsillo (MOOP).	
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 • 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 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	$20 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. $20 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
hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda recibir 36 sesiones adicionales que se pueden distribuir durante un período más largo.		
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proveen en diversos entornos ambulatorios, como departamentos hospitalarios para pacientes ambulatorios, consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral ambulatoria (CORF).	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* Copago de $25 por cada terapia ocupacional y fisioterapia cubierta por Medicare $15 de copago por visita de terapia del habla y lenguaje.	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 rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tengan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) moderada o muy grave y una orden de rehabilitación pulmonar emitida por el médico a cargo del tratamiento de la enfermedad respiratoria crónica.	$20 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 que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Opioid Treatment Program (OTP), que incluye los siguientes servicios:	Copago de $35 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 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
• Medicamentos agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Dispensación y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de ingesta • Evaluaciones periódicas		
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 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	*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 no se tienen en cuenta para el monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP). **Servicios preventivos:**	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
información acerca de la cobertura dental adicional que el plan proporciona, consulte el cuadro que aparece después del Cuadro de beneficios médicos.	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 $500 por año calendario. Extracciones: $40 a $100 Servicios generales complementarios: $15 a $30 Endodoncia: $200 Periodoncia: $50 a $300 Servicios de restauración: $15 a $400 Servicios de implantes: $70 a $500 Prótesis removibles: $30 a $700	

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
	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 y las frecuencias, consulte el cuadro que aparece después del Cuadro de beneficios médicos.	
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios 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 pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor.* Copago de $340 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 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
pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos correspondientes de los costos compartidos por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada *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.		
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios 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	*Es posible que se requiera autorización previa y es 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	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
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, de no ser así, se requeriría un tratamiento hospitalario • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo **Nota:** A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar los montos correspondientes de los costos compartidos por servicios de atención ambulatoria hospitalaria. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.	un entorno de cuidados ambulatorios, 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	
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios de enfermedad renal y diálisis incluyen:	$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.	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
• Servicios educativos sobre enfermedades renales para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a que los miembros tomen decisiones informadas acerca de su atención. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él). • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se lo interna en un hospital para recibir atención especial). • Capacitación para autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude a realizar sus tratamientos de diálisis en su domicilio). • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis capacitados para controlar la diálisis en el domicilio, para asistir en casos de emergencia y efectuar una	20% de coseguro por cada visita de diálisis renal cubierta por Medicare.	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
revisión de su equipo de diálisis y suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Part B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte **Medicamentos de 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. • 190 días de atención de salud mental para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico independiente durante toda su vida. El límite de 190 días no se aplica a la atención que recibe en una unidad psiquiátrica de "sección separada" certificada por Medicare (una sección físicamente separada de un hospital de cuidados agudos o de acceso crítico que brinda atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados). • 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	*Es posible que se requiera autorización previa y sea responsabilidad del proveedor.* Por cada hospitalización psiquiátrica cubierta por Medicare: $300 de copago por los días 1-5, $0 de copago los días 6-90 Un período de beneficios para la atención psiquiátrica de pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa a un hospital y finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes hospitalizados ni atención de enfermería especializada durante	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
	60 días consecutivos. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.	
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral	*Puede requerirse autorización previa solo para los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.* $5 de copago por cada visita quiropráctica 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.
Servicios requeridos urgentemente Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio requerido urgentemente si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, 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 requeridos	$40 de copago por cada visita de atención urgente en persona cubierta por Medicare. $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
urgentemente, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Los servicios médicos de urgencia están cubiertos a nivel mundial. Solo están cubiertos los servicios prestados en un entorno de atención de urgencia. Si le admiten en el hospital, los beneficios para pacientes hospitalizados relacionados con su atención de urgencia no están cubiertos por el plan. Si recibe un servicio de emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios, 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 7 (Sección 1).		
 **Servicios, suministros y entrenamiento de autoadministración para 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 (usen o no insulina), los servicios cubiertos incluyen:	20% de coseguro para suministros para la diabetes cubiertos por Medicare. 20% de coseguro para calzado terapéutico y plantillas cubiertos por Medicare. $0 de copago por cada capacitación para el autocontrol de la	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
• Suministros para monitorizar la glucosa en sangre: monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas y soluciones de control de glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • Para personas con diabetes que padecen una enfermedad grave del pie diabético, un par de zapatos ortopédicos a medida por año calendario (incluidas plantillas provistas con el calzado) y 2 pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad y 3 pares de plantillas (sin incluir las plantillas desmontables no hechas a medida provistas con este calzado), incluida la adaptación • 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,	diabetes 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
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.		
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico ambulatorias Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y servicios de técnicos. • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y luxaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: incluido el almacenamiento y la 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 que se utiliza.	*Puede 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). Copago de $800 por cada servicio de radiología diagnóstica cubierto por Medicare. $0 de copago para mamografías diagnósticas	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
• Pruebas de diagnóstico que no se realizan en un laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET), cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias.	$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 $100 por cada servicio de radiografías cubierto por Medicare. $0 de copago por los servicios de sangre cubiertos por Medicare 20% de coseguro del costo total para dispositivos protésicos y ortopédicos y suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con prótesis, férulas y otros dispositivos.	
Tabaquismo y el abandono del consumo de tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y el consumo de tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumir tabaco, independientemente de si presenta	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 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
signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco • Ser competentes y mantenerse alertas durante el asesoramiento • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento Cubrimos 2 intentos de abandono por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).		
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 de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la PAD en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios excedan los	$20 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 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
daños, y que estén capacitados en terapia de ejercicio para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero practicante (NP)/enfermero especialista clínico (CNS) que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas Si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario, la SET puede cubrirse más allá de las 36 sesiones durante 12 semanas, con 36 sesiones adicionales durante un período extendido.		
Terapia de infusiones en el hogar La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o compuestos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar 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 • El entrenamiento y capacitación del paciente que no estén cubiertos por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto	*Es posible que se requiera autorización previa y es responsabilidad del proveedor o suministrador.* $0 de copago a $45 de copago por cada servicio profesional cubierto por Medicare. 20% de coseguro por cada uno de los demás medicamentos de la Parte B de Medicare. 20% de coseguro para equipo médico duradero.	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
• Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos para este tratamiento que haya suministrado un proveedor calificado en terapia de infusiones en el hogar		
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 personalizado durante el primer año que reciba servicios de terapia de nutrición médica conforme a Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o de Medicare Original) y 2 horas cada año después de esto. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, 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 que alcanza el gasto máximo de bolsillo.
Vacunas Entre los servicios cubiertos de Medicare Part B, se incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones (o vacunas) contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en el	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.	

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
otoño y en el invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales 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 lo expone a un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra el COVID-19 • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de la Parte B de Medicare Además, cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos dentro del beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.		
 **Visita para reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)** Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, el médico puede analizar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté alimentándose de forma saludable.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio de terapia conductual intensiva para la prevención de enfermedades cardiovasculares.	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
Visita preventiva a 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 [o vacunas]), y remisiones para 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. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare*.	Coseguro del 50% para todos los servicios fuera de la red Usted paga estos montos hasta que alcanza el gasto máximo de bolsillo.

Cuadro de cobertura dental integral preventiva y mejorada

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

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

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

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

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 Signature 1 y 2 (PPO)**
Características del plan	Deducible de $0 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 ORAL LIMITADA: ENFOCADA 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	INTRABUCAL: SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS	Una vez cada tres años	$0	50% de coseguro
D0220	INTRABUCAL: PRIMERA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL	Una vez por proveedor por día	$0	50% de coseguro

	Servicios dentales preventivos	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D0230	INTRABUCAL: CADA RADIOGRAFÍA PERIAPICAL ADICIONAL	Hasta seis por día	$0	50% de coseguro
D0270	ALETA DE MORDIDA: RADIOGRAFÍA ÚNICA	Un conjunto de aletas de mordida por año	$0	50% de coseguro
D0272	ALETAS DE MORDIDA: DOS RADIOGRAFÍAS		$0	50% de coseguro
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 PULPAR	Dos veces al año	$0	50% de coseguro
D0372	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL: SERIE COMPLETA DE RADIOGRAFÍAS	Una vez cada tres años	$0	50% de coseguro
D0373	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL: IMAGEN RADIOGRÁFICA DE ALETA DE MORDIDA	Dos veces por período de beneficio	$0	50% de coseguro
D0374	TOMOSÍNTESIS INTRABUCAL: IMAGEN RADIOGRÁFICA PERIAPICAL	Dos veces por período de beneficio	$0	50% de coseguro
	Profilaxis (16b4)			
D1110	PROFILAXIS: ADULTOS	Dos veces al año	$0	50% de coseguro
	Tratamiento con fluoruro (16b5)			
D1206	APLICACIÓN TÓPICA DE BARNIZ DE FLUORURO	Solo uno de los códigos dos veces al año	$0	50% de coseguro
D1208	APLICACIÓN TÓPICA DE FLUORURO: SE EXCLUYE EL BARNIZ		$0	50% de coseguro
	Servicios dentales integrales (16c)			

	Servicios dentales preventivos	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
Máximo anual (se aplica SOLO a los servicios dentales integrales)		**Máximo anual del plan: $500**		
	Servicios dentales integrales	**Frecuencia**	**Costos compartidos dentro de la red**	**Costos compartidos fuera de la red**
	Servicios de restauración (16c1)			
D2140	AMALGAMA: UNA SUPERFICIE, DIENTE PRIMARIO O PERMANENTE	Una superficie cada 12 meses	$30.00	50% de coseguro
D2150	AMALGAMA: DOS SUPERFICIES, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	$40.00	50% de coseguro
D2160	AMALGAMA: TRES SUPERFICIES, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	$50.00	50% de coseguro
D2161	AMALGAMA: CUATRO SUPERFICIES O MÁS, DIENTES PRIMARIOS O PERMANENTES	Una superficie cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D2330	COMPUESTO A BASE DE RESINA, UNA SUPERFICIE, DIENTES ANTERIORES	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
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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D2750	CORONA: PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2751	CORONA: PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
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 FUNDIDA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2783	CORONA: 3/4 DE PORCELANA O CERÁMICA	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2790	CORONA: REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL DE ALTA NOBLEZA FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2791	CORONA: REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL BASE PREDOMINANTE FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2792	CORONA: REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2794	CORONA: CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez por diente cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D2910	RECEMENTADO O READHESIÓN DE INCRUSTACIONES, SOBREINCRUSTACIONES, CARILLAS O RESTAURACIONES DE COBERTURA PARCIAL	Una vez cada 12 meses	$20.00	50% de coseguro
D2915	RECEMENTADO O READHESIÓN DE PERNO Y MUÑÓN FABRICADOS INDIRECTAMENTE O PREFABRICADOS	Una vez cada 12 meses	$20.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D2920	RECEMENTADO O READHESIÓN DE CORONA	Una vez cada 12 meses	$20.00	50% de coseguro
D2940	RESTAURACIÓN DE PROTECCIÓN	Una vez por diente por año	$20.00	50% de coseguro
D2950	RECONSTRUCCIÓN DEL MUÑÓN, INCLUIDO CUALQUIER PERNO, CUANDO SEA NECESARIO	Una vez por diente cada 5 años	$60.00	50% de coseguro
D2951	RETENCIÓN DE PERNO: POR DIENTE, ADEMÁS DE LA RESTAURACIÓN	Según sea necesario	$15.00	50% de coseguro
D2952	PERNO Y MUÑÓN ADEMÁS DE LA CORONA, FABRICADOS INDIRECTAMENTE	Una vez por diente cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D2954	PERNO Y MUÑÓN ADEMÁS DE LA CORONA, PREFABRICADOS	Una vez por diente cada 5 años	$60.00	50% de coseguro
	Servicios de implantes (16c6)			
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 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 (METAL DE ALTA NOBLEZA) 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
D6060	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (METAL BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6061	CORONA DE PORCELANA FUSIONADA CON METAL (METAL NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6062	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL DE ALTA NOBLEZA) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6063	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL BASE PREDOMINANTE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6064	CORONA FUNDIDA EN METAL (METAL NOBLE) APOYADA SOBRE UN PILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6065	CORONA DE PORCELANA O CERÁMICA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6066	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6067	CORONA APOYADA SOBRE UN IMPLANTE, ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6075	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD (PRÓTESIS PARCIAL FIJA) DE CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6076	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD, PORCELANA FUSIONADA CON ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6077	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
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
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 DE COLGAJO	Una vez cada 12 meses	$150.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D6102	DESBRIDAMIENTO Y CONTORNEADO ÓSEO DE UN DEFECTO PERIIMPLANTE O DEFECTOS QUE RODEAN UN SOLO IMPLANTE E INCLUYE LA LIMPIEZA DE LAS SUPERFICIES EXPUESTAS DEL IMPLANTE, INCLUIDA LA ENTRADA Y CIERRE DE COLGAJO	Una vez cada 12 meses	$150.00	50% de coseguro
D6120	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE, PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6121	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES BASE PREDOMINANTES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6122	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, ALEACIONES NOBLES	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6123	RETENEDOR APOYADO SOBRE UN IMPLANTE PARA FPD DE METAL, TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
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

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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
D3330	TERAPIA DE ENDODONCIA, MOLAR (NO INCLUYE LA RESTAURACIÓN FINAL)	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3346	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, DIENTE ANTERIOR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3347	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, DIENTE PREMOLAR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3348	REPETICIÓN DE TRATAMIENTO DE CONDUCTO PREVIO, MOLAR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3410	APICECTOMÍA: DIENTE ANTERIOR	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3421	APICECTOMÍA: PREMOLAR (PRIMERA RAÍZ)	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3425	APICECTOMÍA: MOLAR (PRIMERA RAÍZ)	Una vez por diente de por vida	$200.00	50% de coseguro
D3426	APICECTOMÍA (CADA RAÍZ ADICIONAL)	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D3430	EMPASTE RETRÓGRADO: POR RAÍZ	Según sea necesario	$100.00	50% de coseguro
D3450	AMPUTACIÓN DE RAÍZ: POR RAÍZ	Según sea necesario	$100.00	50% de coseguro

	Servicios 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 EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL GENERALIZADA MODERADA O GRAVE: BOCA COMPLETA, DESPUÉS DE LA EVALUACIÓN ORAL	Una vez cada 24 meses	$50.00	50% de coseguro
D4355	DESBRIDAMIENTO DE TODA LA BOCA PARA HABILITAR UNA EVALUACIÓN ORAL INTEGRADA Y DIAGNÓSTICO EN LA VISITA SIGUIENTE	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D4910	MANTENIMIENTO PERIODONTAL	Dos veces al año	$50.00	50% de coseguro
D4210	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA: CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D4211	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA: DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4212	GINGIVECTOMÍA O GINGIVOPLASTIA PARA PERMITIR EL ACCESO A PROCEDIMIENTOS RESTAURATIVOS, POR DIENTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4240	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR: CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D4241	PROCEDIMIENTO PARA COLGAJO GINGIVAL, INCLUIDO EL PULIDO RADICULAR, DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
D4260	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE): CUATRO O MÁS DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D4261	CIRUGÍA ÓSEA (INCLUIDA LA ELEVACIÓN DE UN COLGAJO DE ESPESOR TOTAL Y CIERRE): DE UNO A TRES DIENTES CONTIGUOS O ESPACIOS INTERDENTALES POR CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$300.00	50% de coseguro
D4263	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, PRIMER SITIO EN EL CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D4264	INJERTO DE REEMPLAZO ÓSEO, DIENTE NATURAL RETENIDO, CADA SITIO ADICIONAL EN EL CUADRANTE	Una vez cada 5 años	$100.00	50% de coseguro
	Prótesis removibles (16c4)			
D5110	DENTADURA POSTIZA COMPLETA: MAXILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5120	DENTADURA POSTIZA COMPLETA: MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5130	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA: MAXILAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5140	DENTADURA POSTIZA INMEDIATA: MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5211	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR: BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN Y SUJECIÓN, APOYOS 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
D5212	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR, BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y SUJECIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5213	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR: ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5214	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR: ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5221	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA: BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIALES DE RETENCIÓN/ SUJECIÓN, APOYOS Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5222	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA: BASE DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5223	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA: ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5224	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA: ARMAZÓN DE METAL FUNDIDO CON BASES DE DENTADURA POSTIZA DE RESINA (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5225	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR: BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D5226	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR: BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5227	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR INMEDIATA: BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5228	DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR INMEDIATA: BASE FLEXIBLE (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN, SOPORTES Y DIENTES)	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D5282	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE: UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y DIENTES), MAXILAR	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D5283	DENTADURA POSTIZA PARCIAL UNILATERAL EXTRAÍBLE: UNA PIEZA DE METAL FUNDIDO (INCLUYE MATERIAL DE RETENCIÓN Y DIENTES), MANDIBULAR	Una vez cada 5 años	$200.00	50% de coseguro
D5410	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA: MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5411	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA COMPLETA: MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5421	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL: MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5422	AJUSTE DE LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL: MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$30.00	50% de coseguro
D5511	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5512	REPARACIÓN COMPLETA DE BASE ROTA DE DENTADURA POSTIZA, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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 LA BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5612	REPARACIÓN DE BASE DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL DE RESINA, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5621	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5622	REPARACIÓN DEL ARMAZÓN PARCIAL COLADO, MAXILAR	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5630	REPARACIÓN O REEMPLAZO DE LOS MATERIALES DE RETENCIÓN O DE SUJECIÓN ROTOS, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5640	REEMPLAZO DE DIENTES ROTOS: POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5650	AGREGADO DE DIENTE A LA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5660	AGREGADO DE UN GANCHO A UNA DENTADURA POSTIZA PARCIAL EXISTENTE, POR DIENTE	Una vez cada 12 meses por arco	$50.00	50% de coseguro
D5710	DENTADURA POSTIZA MAXILAR COMPLETA	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5711	REBASADO DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR COMPLETA	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5720	REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5721	REEMPLAZO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5725	REBASADO DE PRÓTESIS HÍBRIDA	Una vez cada 36 meses	$120.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D5730	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5731	RECUBRIMIENTO COMPLETO DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5740	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5741	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (EN EL CONSULTORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5750	RECUBRIMIENTO COMPLETO DE DENTADURA POSTIZA MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5751	RECUBRIMIENTO COMPLETO DE DENTADURA POSTIZA MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5760	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MAXILAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5761	RECUBRIMIENTO DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL MANDIBULAR (EN EL LABORATORIO)	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5765	REVESTIMIENTO BLANDO PARA PRÓTESIS REMOVIBLES TOTALES O PARCIALES: INDIRECTO	Una vez cada 36 meses	$60.00	50% de coseguro
D5850	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MAXILAR	Una vez cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D5851	ACONDICIONAMIENTO DE TEJIDOS, MANDIBULAR	Una vez cada 12 meses	$60.00	50% de coseguro
D5863	SOBREDENTADURA POSTIZA, MAXILAR COMPLETA	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5864	SOBREDENTADURA POSTIZA, MAXILAR PARCIAL	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5865	SOBREDENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR COMPLETA	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D5866	SOBREDENTADURA POSTIZA, MANDIBULAR PARCIAL	Una vez cada 5 años	$700.00	50% de coseguro
D5875	MODIFICACIÓN DE PRÓTESIS EXTRAÍBLE LUEGO DE UNA CIRUGÍA DE IMPLANTE	Una vez cada 12 meses por arco	$60.00	50% de coseguro
	Prótesis fijas (16c7)			
D6210	PÓNTICO: METAL FUNDIDO DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6211	PÓNTICO: METAL FUNDIDO PREDOMINANTEMENTE DE BASE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6212	PÓNTICO: METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6214	PÓNTICO: CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6240	PÓNTICO, PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6241	PÓNTICO: PORCELANA FUSIONADA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6242	PÓNTICO: PORCELANA FUSIONADA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6243	PÓNTICO: PORCELANA FUSIONADA CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6245	PÓNTICO: PORCELANA/CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6250	PÓNTICO: RESINA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6251	PÓNTICO: RESINA CON METAL BASE PREDOMINANTE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6252	PÓNTICO: RESINA CON METAL NOBLE	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6740	CORONA DE RETENCIÓN: PORCELANA/CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6750	CORONA DE RETENCIÓN: PORCELANA FUSIONADA CON METAL DE ALTA NOBLEZA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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 ALTA NOBLEZA 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/ CERÁMICA	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6790	CORONA DE RETENCIÓN: REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL DE ALTA NOBLEZA FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6791	CORONA DE RETENCIÓN: REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL BASE PREDOMINANTE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6792	CORONA DE RETENCIÓN: REALIZADA COMPLETAMENTE EN METAL NOBLE FUNDIDO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6794	CORONA DE RETENCIÓN: CON TITANIO Y ALEACIONES DE TITANIO	Una vez cada 5 años	$400.00	50% de coseguro
D6930	RECEMENTADO O READHESIÓN DE DENTADURA POSTIZA PARCIAL FIJA	Una vez cada 12 meses	$40.00	50% de coseguro
	Cirugía oral y maxilofacial (16c8)			
D7210	EXTRACCIÓN, DENTICIÓN QUE REQUIERE EXTRACCIÓN DEL HUESO O SEGMENTACIÓN DEL DIENTE Y EXCLUYE ELEVACIÓN DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, SI SE INDICA	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
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 EL 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
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 CON 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, RESTOS DE CORONA: DIENTE PRIMARIO	Una vez por diente de por vida	$40.00	50% de coseguro
D7140	EXTRACCIÓN, DIENTE ERUPCIONADO O RAÍZ EXPUESTA (ELEVACIÓN O EXTRACCIÓN CON PINZAS)	Una vez por diente de por vida	$50.00	50% de coseguro
D7280	EXPOSICIÓN DE UN DIENTE SIN ERUPCIONAR	Una vez por diente de por vida	$100.00	50% de coseguro
D9222	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL DURANTE LOS PRIMEROS 15 MINUTOS	Según sea necesario	$60.00	50% de coseguro
D9223	SEDACIÓN PROFUNDA/ANESTESIA GENERAL DE DESPLAZAMIENTO: CADA INCREMENTO SUBSIGUIENTE DE 15 MINUTOS	Según sea necesario	$60.00	50% de coseguro
	Servicios generales complementarios (16c10)			
D9910	APLICACIÓN DE MEDICAMENTO PARA QUITAR LA SENSIBILIDAD	Dos veces al año	$15.00	50% de coseguro

	Servicios dentales integrales	Frecuencia	Costos compartidos dentro de la red	Costos compartidos fuera de la red
D1354	APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE TRATAMIENTO PROVISIONAL PARA 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 PRESTADO POR UN DENTISTA O UN MÉDICO DISTINTO DEL DENTISTA O MÉDICO SOLICITANTE	Una vez al día por proveedor	$0	50% de coseguro
D9410	ATENCIÓN A DOMICILIO/CENTRO DE ATENCIÓN PROLONGADA	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 está continuamente fuera del área de servicio de nuestro plan durante más de seis meses, por lo general, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan. Sin embargo, ofrecemos un programa para viajeros o visitantes que incluirá 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. En virtud de nuestro programa para viajeros o visitantes, puede recibir todos los servicios cubiertos del plan con los costos compartidos dentro de la red. Comuníquese con nuestro plan para obtener ayuda para encontrar un proveedor cuando utilice el beneficio para visitantes/viajeros. Si se encuentra en el área para visitantes/viajeros, puede seguir inscrito en nuestro plan por hasta 12 meses. Si no ha regresado 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 suministros que no están cubiertos bajo ningún concepto o que están cubiertos solamente en ciertas situaciones.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto según las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos. Única excepción: si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Artículos personales en la habitación de 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 constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, atención que ayuda al paciente con actividades de la vida cotidiana, tal como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en condiciones específicas
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies	Calzado que forma parte de un aparato ortopédico para la pierna y está incluido en el costo del aparato. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con 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	Cubierto solo cuando sea médicamente necesario
Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa	No cubiertos en ninguna situación
Los servicios domésticos incluyen asistencia con las tareas domésticas básicas, incluidas la limpieza ligera o la preparación de comidas básicas	No cubiertos en ninguna situación
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipos y medicamentos Los procedimientos y suministros experimentales son aquellos suministros y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Medicare Original	Pueden estar cubiertos por Medicare Original dentro de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios de investigación clínica)

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

CAPÍTULO 5:
cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas de nuestro plan sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D

Consulte el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Nuestro plan generalmente cubre sus medicamentos siempre que usted cumpla las siguientes normas:

- Debe tener un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) que le emita una receta válida según la ley estatal vigente.
- El profesional que receta no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su medicamento recetado (consulte la Sección 2) o puede surtir su medicamento recetado a través del servicio de envío por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” consiste en el uso de un medicamento aprobado por la FDA o avalado por determinados libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta los medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través de los servicios de envío por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *únicamente* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Consulte la Sección 2.4 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriremos los medicamentos recetados que se surtan en una farmacia fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proveer sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" abarca todos los medicamentos de la Parte D que figuran en nuestra Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte el *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (https://sit3xws85.caremark.com/jccf/carefirst_pharmacy_27.html), y/o llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Si su farmacia se retira de la red

Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá encontrar una nueva farmacia en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.carefirst.com/medicareadvantage.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes hospitalizados en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Tribal/Programa de Salud Indígena Urbano (no disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de

emergencia, únicamente los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.

- Farmacias que dispensan medicamentos que la FDA restringe a ciertas localidades o que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de farmacias* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.html o llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de envío por correo de nuestro plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de envío por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos suministrados a través del servicio de envío por correo son medicamentos que toma de manera regular, para una afección médica crónica o de largo plazo. Los medicamentos que *no están* disponibles a través del servicio de envío por correo del plan están marcados con “NM” en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite ordenar **un suministro de hasta 100 días** para los medicamentos de las Categorías 1, 2 y 3. El suministro de medicamentos de la Categoría 4 está limitado a 90 días y el de medicamentos de la Categoría 5 está limitado a 30 días.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917.

Por lo general, un pedido de farmacia de envío por correo se le entregará en no más de 10 días. Si la farmacia de envío por correo prevé un retraso en el pedido, se le notificará el retraso. Si necesita solicitar un pedido urgente debido a un retraso en el pedido por correo, puede comunicarse con Servicios para Miembros de Farmacia para analizar las opciones, que pueden incluir surtir la receta en una farmacia minorista local o acelerar el método de envío. Proporcione al representante su número de identificación y el número o los números de receta. Si desea la entrega de sus medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitarla al representante de Servicios para Miembros de Farmacia por un cargo adicional.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin consultar con usted primero, si:

- Usted utilizó los servicios de envío por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribe para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento comunicándose con Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917.

Si recibe un medicamento recetado automáticamente por correo que no desea y no fue contactado para saber si lo quería antes de que se enviara, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el servicio de envío por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nueva, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917.

Si nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o decide interrumpir el surtido automático de recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de atención médica para comprobar si desea que se le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante responder cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, demorar o cancelar la receta nueva.

Para optar por no recibir las entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, comuníquese con nosotros a través de Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917.

Resurtido de recetas con envío por correo. Para el resurtido de sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que sus medicamentos están por acabarse. La farmacia le contactará antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y podrá cancelar los resurtidos programados si tiene medicación suficiente o si le cambiaron el medicamento.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de pedidos por correo le envíe su medicamento recetado, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se acabe su medicamento recetado actual. Esto garantizará que su pedido se envíe a tiempo.

Si desea no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos de largo plazo

Cuando recibe un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan cuenta con 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de los medicamentos de mantenimiento enumerados en la

Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.html le indica cuáles farmacias de nuestra red le pueden entregar un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no está en la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos surtidos en farmacias fuera de la red *únicamente* cuando no puede utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede adquirir sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en estas situaciones:

- La receta es para una emergencia médica o servicios requeridos con urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red que funcionen las 24 horas del día a una distancia razonable en automóvil.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia minorista accesible o de servicio por correo de la red (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a un desastre federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o un medicamento se administra en el consultorio de su médico.

Incluso si cubrimos los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que hubiera pagado si hubiera ido a una farmacia dentro de la red.

Si necesita ir a una farmacia fuera de la red por cualquiera de los motivos antes mencionados, el plan cubrirá un suministro de hasta 30 días de medicamentos.

Si debe recurrir a una farmacia fuera de la red, por lo general deberá pagar el costo total (en lugar de su costo compartido habitual) al momento de surtir su receta. Puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte del costo. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener

información sobre cómo solicitarle a nuestro plan un reembolso). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

SECCIÓN 3 Los medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan

Sección 3.1 La Lista de medicamentos le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

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

Los medicamentos en esta lista son seleccionados por nuestro plan con el asesoramiento de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y fue aprobada por Medicare. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Part D.

Generalmente cubrimos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos del plan siempre que cumpla con las demás normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada se refiere a que el uso del medicamento cumpla *cualquiera de estos requisitos*:

- Esté aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que recibió la receta, o
- Esté respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

En la Lista de medicamentos se incluyen los medicamentos de marca, los genéricos, y los productos biológicos (que pueden incluir medicamentos biosimilares).

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares actúan con la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto

biológico original y su costo suele ser menor. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no esté en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Cinco categorías de costos compartidos para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se incluyen en una de las cinco categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría, mayor es el costo que le corresponde por el medicamento:

- **Categoría 1: Genéricos preferidos:** es la categoría más baja e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Categoría 2: Medicamentos genéricos:** incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos:** incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Categoría 4: Medicamentos no preferidos:** incluye medicamentos genéricos y de marca no preferidos.
- **Categoría 5: medicamentos especializados:** es el nivel más alto e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Para conocer en qué categoría de costos compartidos se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos en cada categoría de costos compartidos se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está incluido en nuestra Lista de medicamentos, usted tiene estas opciones:

- Verifique la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (www.carefirst.com/medicareadvantage). La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Comuníquese con Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si un medicamento determinado está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.carefirst.com/medicareadvantage) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos a fin de obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que puedan tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Porqué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos recetados, existen algunas normas especiales que establecen restricciones de cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para promover que usted y su proveedor utilicen los medicamentos de las maneras más eficaces. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro de menor costo presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las normas de nuestro plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o tipos de costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. **Si desea que solicitemos una renuncia a la restricción aplicada a su caso, debe utilizar el proceso de determinación de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos aceptar levantar la restricción aplicada a su caso, o no hacerlo (Consulte el Capítulo 9).

Obtención de aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener aprobación de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos ofrecer cobertura por el medicamento. A esto se lo conoce como **autorización previa**. Se aplica para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si usted no obtiene dicha aprobación, el medicamento posiblemente no será cubierto por nuestro plan. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web https://individual.carefirst.com/carefirst-resources/pdf/2027-ma-signature-prior-authorization-spanish.pdf.

Probar primero con un medicamento diferente

Este requisito recomienda que pruebe medicamentos menos costosos, pero generalmente con la misma eficacia antes de que nuestro plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, nuestro plan podrá indicarle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona, nuestro plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito para probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web https://individual.carefirst.com/carefirst-resources/pdf/2027-ma-signature-step-therapy-spanish.pdf.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido por día de un medicamento en particular, podemos limitar la cobertura del medicamento recetado a no más de un comprimido por día.

SECCIÓN 5 ¿Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que a usted le gustaría?

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

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede estar cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero está en una categoría de costos compartidos que hace que este sea más caro de lo que cree conveniente.

Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que hace que su costo sea más caro de lo que piensa que debería ser, consulte la Sección 5.1 para saber lo que puede hacer.

Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, hay algunas opciones de lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro provisional del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedir que nuestro plan cubra el medicamento o retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro provisional

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estaba en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro provisional se otorgará por hasta 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos múltiples surtidos para proporcionar hasta un suministro máximo

de 30 días de medicamentos. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede entregar el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).

- **Para los miembros que llevan más de 90 días en nuestro plan, viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es adicional al suministro temporal mencionado anteriormente.
- Si experimenta un cambio en su entorno de atención (como ser dado de alta o ingresado en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar un suministro temporal del medicamento. Este suministro temporal (hasta 31 días) le dará tiempo para hablar con su médico sobre el cambio en la cobertura.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Durante el período en el que usted recibe un suministro provisional de un medicamento, deberá consultar con su proveedor para decidir qué hará cuando haya terminado dicho suministro. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar de medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por nuestro plan con el mismo mecanismo de acción. Llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a fin de que cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor determina que, por su cuadro médico, se justifica solicitarnos una excepción, este podrá brindarle asistencia para formular la solicitud. Por ejemplo, usted puede solicitar que nuestro plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la Lista de medicamentos de nuestro plan. O puede solicitar a nuestro plan una excepción para que cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente miembro y un medicamento que toma será eliminado del formulario o se le aplicará alguna restricción el año siguiente, le informaremos sobre cualquier cambio antes del próximo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas luego de recibir su solicitud (o la declaración de apoyo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para obtener información sobre qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera oportuna y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que usted considera muy alta

Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que considera demasiado alta, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que considera demasiado alta, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en una categoría de costos compartidos más baja que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda ser de utilidad para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar a nuestro plan que haga una excepción en la categoría de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que existen razones médicas que justifican que nos solicite una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4 para saber qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se procese de manera oportuna y justa.

No se puede realizar este tipo de excepción en el caso de los medicamentos especializados de Categoría 5. No reducimos el monto del costo compartido para medicamentos en esta categoría.

SECCIÓN 6 Nuestra lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar modificaciones en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**

- **Cambiar un medicamento a una categoría de costos compartidos más alta o más baja**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica de ese medicamento**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando ocurren cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos periódicamente nuestra Lista de medicamentos en línea. A veces recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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

- **Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e <u>inmediatamente</u> eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a una categoría de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en la misma categoría de costos compartidos o en una inferior y con las mismas o menores restricciones.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos realizar estos cambios de forma inmediata y comunicárselo luego, incluso si toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si toma el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios a un medicamento similar en la Lista de medicamentos**.

- Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a una categoría de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión que agreguemos del medicamento aparecerá en la misma categoría de costos compartidos o en una inferior y con las mismas o menores restricciones.
- Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le avisaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminación de medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o sacarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, es posible que lo eliminemos de inmediato de la Lista de medicamentos. Si toma el medicamento, se lo haremos saber después de realizar el cambio.

- **Realizar otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la FDA o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que toma, hable con el profesional que le receta sobre las opciones que serían más apropiadas para usted, que incluyen cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección médica o solicitar una determinación de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o el profesional que le receta pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una determinación de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan

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

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

- Cambiamos el medicamento a una categoría de costos compartidos más alta.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted toma (pero no debido a un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca, u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni la suma de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos del próximo año del plan (cuando esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que toma que le afectarán durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos sin cobertura

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se establecen 3 normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no cubre un medicamento que estaría cubierto según la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de

Información DRUGDEX de Micromedex. El *uso fuera de lo indicado* se refiere a cualquier uso de un medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la FDA.

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

- Medicamentos no recetados (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar síntomas de resfrío o catarro
- Medicamentos utilizados para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto las vitaminas prenatales y preparaciones con flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante requiere la compra de pruebas asociadas o servicios de control únicamente del fabricante como condición de venta

Si recibe "Ayuda Adicional" (Extra Help) para pagar sus recetas, la "Ayuda Adicional" (Extra Help) no pagará por medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de nuestro plan (la cual puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo de su

medicamento. Debe pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su medicamento recetado.

Si no tiene los datos de membresía del plan con usted, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedir a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. Luego, podrá **solicitarnos el reembolso** de nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso a nuestro plan.

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

Sección 9.1 En un hospital o un centro de enfermería especializada por una estancia cubierta por nuestro plan

Si se le admite en un hospital o un centro de enfermería especializada con una estancia cubierta por nuestro plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estancia. Cuando salga del hospital o centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados, siempre y cuando el medicamento cumpla con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como una residencia para ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que le provee medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro LTC, puede adquirir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o la farmacia que el centro use, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.html para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias LTC.

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

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos de un empleador o un plan de grupo de jubilados

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho), o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo.** Pueden ayudarle a entender cómo funcionará su cobertura de medicamentos actual con nuestro plan.

En general, si tiene cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso quiere decir que su cobertura de grupo paga primero.

Nota especial sobre cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan de grupo es acreditable, esto quiere decir que su plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare.

Guarde cualquier aviso sobre la cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso de cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios del empleador o grupo de jubilados o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

Los centros de cuidados paliativos y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si se encuentra inscrito en cuidados paliativos de Medicare y requiere determinados medicamentos (por ejemplo, contra las náuseas, un laxante, un medicamento para aliviar el dolor o un ansiolítico) que no se encuentra cubierto por su centro de cuidados paliativos porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del recetador o de su proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor de cuidados paliativos o al recetador que se lo notifique antes de que se surta su receta.

En el caso de que renuncie a su elección de cuidados paliativos o sea dado de alta de cuidados paliativos, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos según se explica en este documento. Para prevenir retrasos en una farmacia cuando finalice su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, deberá traer la documentación a la farmacia para verificar su renuncia o su alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos

Hacemos revisiones sobre el uso de los medicamentos a fin de garantizar que nuestros miembros estén recibiendo una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que posiblemente no sean necesarios, ya que está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros ni apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían afectarle si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

Si observamos un problema potencial en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.1 Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si toma medicamentos con opioides que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos con opioides sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus profesionales que recetan, si decidimos que su uso de medicamentos recetados con opioides o benzodiazepinas puede no ser seguro, podríamos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de una farmacia(s) en particular
- Requerir que obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un profesional(es) que receta en particular

- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepina que cubriremos para usted

Si planificamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un profesional que receta o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de haber tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme la limitación. Si cree que hemos cometido un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le informaremos la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No quedará incluido en el DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de las células falciformes, si está recibiendo cuidados paliativos, terminales, al final de la vida o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Administración de Terapia con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros con ciertas enfermedades crónicas que toman medicamentos que superan un monto específico de costos, o aquellos que están en un DMP para ayudarlos a usar opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le brindará una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista de tareas recomendadas con los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma, qué cantidad toma, y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Se recomienda hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la Lista de medicamentos. Lleve el resumen a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Lleve su Lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se adecua a sus necesidades, lo inscribiremos en el programa en forma automática y le enviaremos información. Si usted decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted debe pagar por los medicamentos de la Parte D

Si usted forma parte de un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que parte de la información incluida en esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de medicamentos recetados de la Parte D no sea aplicable a su caso**. Le enviamos un folleto adicional denominado *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben "Ayuda Adicional" (Extra Help) para pagar medicamentos recetados* (también conocida como *Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional LIS*), en el cual se explica su cobertura de medicamentos. Si no tiene este folleto adicional, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional LIS*.

Utilizamos "medicamento" en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe conocer qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para consultar la cobertura de medicamentos (www.carefirst.com/medicareadvantage), el costo que ve muestra una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información provista por la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que posiblemente tenga que pagar por sus medicamentos cubiertos

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

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

Sección 1.2 Cómo Medicare calcula sus gastos de bolsillo

Medicare tiene normas sobre qué cuenta y qué no cuenta como sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que figuran a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por sus medicamentos cuando se encuentra en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - Etapa de deducible
    - Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectúe durante este año calendario como miembro de un plan diferente de medicamentos de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud del empleador o sindicatos, el Indian Health Service, AIDS Drug Assistance Programs, State Pharmaceutical Assistance Programs (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) hayan gastado un total de $2,400 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, usted pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Su prima mensual del plan

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados y las vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos que Medicare excluye de la cobertura
- Los pagos que realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Los pagos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y Veterans Health Administration (VA), por sus medicamentos
- Los pagos por sus medicamentos que realizan terceros con una obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, la indemnización por accidentes laborales)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Manufacturer Discount Program

Recordatorio: si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por medicamentos, debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Seguimiento del total de sus gastos de bolsillo

- La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB) que recibe incluye el total actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la Etapa de cobertura inicial y que pasó a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos conforme a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature. El monto que usted paga por cada medicamento recetado depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o resurta

un medicamento recetado. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo.
A continuación, se describen las diferentes etapas:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en caso de catástrofe**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* indica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que realiza cuando surte sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuando pase de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de 2 tipos de costos:

- **Gastos de bolsillo:** esta es la cantidad que pagó. Incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Adicional” (Extra Help) de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Indian Health Service, los AIDS Drug Assistance Programs, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de medicamentos:** este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si usted ha surtido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe detalla los pagos efectuados por los medicamentos recetados que usted ha adquirido durante el mes anterior. Detalla los costos totales de los medicamentos, cuánto pagó nuestro plan y cuánto pagaron usted y otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero.** Se muestran los costos totales de los medicamentos y el total de pagos efectuados por sus medicamentos desde principios de año.
- **Información sobre el precio del medicamento.** Se indica el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.

- **Medicamentos recetados alternativos disponibles de menor costo.** Se muestra información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un menor costo compartido para cada reclamación de medicamentos recetados, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos

Para llevar el control de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Es así como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía siempre que surta un medicamento recetado.** Esto nos ayuda a mantenernos informados sobre los medicamentos recetados que obtiene y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de los recibos. **Ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o utiliza una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia a los pacientes ofrecido por el fabricante del medicamento.
    - Siempre que haya adquirido medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que haya pagado el precio completo de un medicamento cubierto bajo circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros realizan por usted.** Los pagos realizados por ciertos terceros y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica, un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Indian Health Service y organizaciones de beneficencia cuentan para sus gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.

- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una *EOB de la Parte D,* revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Etapa de deducible

La Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Pagará un deducible anual de $600 para los **medicamentos de Categoría 3, Categoría 4 y Categoría 5**. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Categoría 3, Categoría 4 y Categoría 5** hasta que alcance la cantidad del deducible de nuestro plan. Para el resto de los medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra la culebrilla y el tétanos y las vacunas para viajeros. Por lo general, el **costo total** es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan negoció costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación para medicamentos con precios negociados bajo el Drug Price Negotiation Program de Medicare.

Una vez que pague $600 por sus medicamentos de las Categorías 3, 4 y 5, saldrá de la Etapa de deducible y pasará a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento recetado depende del medicamento y de dónde lo surte

Durante la Etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos cubiertos y usted paga la suya (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y dónde lo adquiera.

Nuestro plan tiene cinco categorías de costos compartidos

Todos los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en una de las cinco categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el número de la categoría de costos compartidos, mayor es el costo que le corresponde por el medicamento:

- **Categoría 1: Medicamentos genéricos preferidos:** es la categoría más baja e incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca.

- **Categoría 2: Medicamentos genéricos:** incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca.
- **Categoría 3: Medicamentos de marca preferidos:** incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos.
- **Categoría 4: Medicamentos no preferidos:** incluye medicamentos de marca y genéricos no preferidos.
- **Categoría 5: Medicamentos especializados:** es la categoría más alta e incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo.

Para conocer en qué categoría de costos compartidos se encuentra su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

Lo que paga por un medicamento depende de dónde lo adquiera:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no está en la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red únicamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento recetado que surtió en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de envío por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y sobre cómo surtir sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* https://www.carefirst.com/medicare-options/medicare-resources/medicare-advantage-plan-resources.html de nuestro plan.

Sección 5.2 Sus costos para el suministro de un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende de la categoría de costos compartidos.

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

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

Categoría	**Costos compartidos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red)** (un suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (un suministro de hasta 30 días)	**Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro de hasta 31 días)	**Costos compartidos fuera de la red** (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Categoría 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	$3 de copago	$3 de copago	$3 de copago	$3 de copago
Categoría 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro	20% de coseguro
Categoría 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro	35% de coseguro

Categoría	Costos compartidos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos en farmacias de envío por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de atención a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para conocer los detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Categoría 5 de costos compartidos (Categoría de medicamentos especializados)	26% de coseguro	26% de coseguro	26% de coseguro	26% de coseguro

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar la categoría de costos compartidos en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro de todo un mes. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su médico deseen que usted reciba menos del suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez). También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que suministre, una cantidad menor que la del suministro de un mes completo en caso de que esto lo ayude a planificar mejor las fechas para resurtir.

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

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro es un porcentaje del costo total del medicamento, su costo será menor, porque el costo total será más bajo.

- Si es responsable de un copago por el medicamento, solo paga por la cantidad de días de suministro que reciba en lugar de un mes completo. Calculamos el monto que paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costo compartido) y lo multiplicamos por la cantidad de días de suministro que recibe.

Sección 5.4 Sus costos para un suministro *a largo plazo* (de hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

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

Sus costos para un suministro *de largo plazo* de hasta 100 días de un medicamento cubierto de la Parte D:

Categoría	**Costos compartidos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red)** (suministro de hasta 90 o 100 días según la categoría)	**Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (suministro de hasta 90 o 100 días según la categoría)
Categoría 1 de costos compartidos (Medicamentos genéricos preferidos)	$0 de copago	$0 de copago
Categoría 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	$9 de copago	$3 de copago
Categoría 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	20% de coseguro	20% de coseguro
Categoría 4 de costos compartidos (Medicamentoss no preferidoss)	35% de coseguro	35% de coseguro

Categoría	**Costos compartidos estándar en farmacias minoristas (dentro de la red)** (suministro de hasta 90 o 100 días según la categoría)	**Costos compartidos en farmacias de envío por correo** (suministro de hasta 90 o 100 días según la categoría)
Categoría 5 de costos compartidos (Categoría de medicamentos especializados)	No hay disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos de la Categoría 5.	

No pagará más de $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente de la categoría de costos compartidos.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo del año alcancen $2,400

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los $2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe.

La *EOB de la Parte D* que le enviamos le ayudará a llevar un control de lo que pagaron usted y nuestro plan, así como cualquier tercero que pague en su nombre por medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite anual de gastos de bolsillo de $2,400.

Le avisaremos si alcanza este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en caso de catástrofe

En la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa a la Etapa de cobertura en caso de catástrofe cuando sus gastos de bolsillo alcancen el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que usted debe pagar por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para Miembros de Farmacia al 888-970-0917 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D se divide en 2 partes:

- La primera parte corresponde al costo de **la vacuna en sí.**
- La segunda parte es el costo de **aplicarle la vacuna.** (Esto a veces se denomina la administración de la vacuna).

Los costos por una vacuna de la Parte D dependen de 3 cosas:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).**
    - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D son recomendadas por ACIP y no tienen costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
    - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le aplica la vacuna.**
    - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

- Cuando se le aplica una vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor por administrársela. Puede solicitar a nuestro plan el reintegro de nuestra parte del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando se le aplica una vacuna, paga solo su parte del costo de acuerdo con su beneficio de la Parte D. Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: recibe su vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener o no esta opción depende del lugar donde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Usted no paga nada por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.
- Por las otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: recibe la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, tal vez deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo que le corresponde al proveedor por administrársela.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos su coseguro *O* copago por la vacuna (incluida la administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia su coseguro *O* copago por la vacuna en sí.
- Cuando el médico le administre la vacuna, tal vez deba pagar el total del costo por este servicio.
- Luego, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para las otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debería solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde por servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba 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). Tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando haya pagado más de la parte que le corresponde del costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que existan plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá 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. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, le informaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si este proveedor tiene contrato con nuestro plan, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

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

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

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

- Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de urgencia o de emergencia. Si usted pagó el monto total en el momento en que recibió la atención, solicite un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con todos los comprobantes de pago que haya efectuado.
- Usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con los comprobantes de pago que haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe un pago, lo realizaremos directamente al proveedor.
    - Si usted ya ha pagado más de su parte por el costo del servicio, determinaremos cuál es la parte que le corresponde a usted y le reintegraremos la parte del costo que nos corresponde a nosotros.
- Si bien puede recibir atención de un proveedor fuera de la red, este debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto en el caso de atención de emergencia, no podemos pagar a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable 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. Pero a veces cometen errores y le solicitan a usted que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto de costos compartidos que le corresponde cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se conoce como facturación de saldo. Esta medida de protección (por la cual nunca paga más del monto de costos compartidos que le corresponde) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por una suma mayor que la que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente para resolver el problema de facturación.
- Si ya ha pagado la factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado en exceso, envíenos la factura junto con los comprobantes de pago que haya efectuado y solicite un reintegro por la diferencia entre el monto que usted ha pagado y el monto que debería haber pagado según 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 ser incluso del año pasado).

Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por cualquiera de los servicios o medicamentos 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.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Cuando esto sucede, debe pagar el costo total del medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.4 para conocer sobre estas circunstancias. Es posible que no podamos reintegrarle la diferencia entre lo que usted pagó por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva consigo su tarjeta de membresía de nuestro plan

Si no tiene consigo la tarjeta de membresía de nuestro plan, puede solicitar a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado.

Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro de nuestra parte del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que pague el costo total del medicamento recetado al enterarse de que no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan; o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
- Conserve el recibo y envíenos una copia cuando solicite el reintegro. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o el medicamento deben estar cubiertos. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos 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 9 tiene 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 enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe la factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de la factura y los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación médica en el transcurso de un (1) año y su reclamación de la Parte D en el transcurso de tres (3) años** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

A fin de asegurarse de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para hacer su solicitud de pago.

- Descargue una copia del formulario en 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:

Para reclamaciones médicas:
CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
Attention: Member Claims Reimbursement
P.O. Box 14063
Lexington, KY 40512

Para reclamaciones de la Parte D:
CVS Caremark Medicare Part D Claims: Processing
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos la solicitud de pago y la aprobaremos o rechazaremos

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y usted cumplió con todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si usted ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* cumplió todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos los motivos por los que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, usted 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 detalles sobre cómo hacer esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que le resulte útil 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 teléfono de teletipo).

Nuestro plan ofrece servicios gratuitos de interpretación para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en idiomas distintos del inglés, incluido el español, en braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno si la necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que le resulte accesible y adecuado. 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 sobre nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar a un especialista de la red, llame para presentar una queja formal ante 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 Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

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

Nuestro plan está obligado a 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 de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar 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 dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Servicio de Atención al Cliente al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar a 711). También puede presentar una queja ante Medicare si llama al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights si llama 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 y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor para su atención médica.

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 esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.

Si cree que no está recibiendo atención médica o medicamentos de la Parte D en un período de tiempo razonable, en el Capítulo 9 se proporciona información sobre lo que debe 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 *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 permiso escrito de usted 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, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su

información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con 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 ver su historia clínica archivada en nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo 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 inquietudes sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicios para Miembros al 833-536-2001 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Aviso de prácticas de privacidad

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 completamente 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 que figura en su póliza de seguro, según sea necesario para fines de pago u operaciones de atención médica.

Usos y divulgaciones de la información médica

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 empleados reciben capacitación sobre estas normas en el momento en que son contratados y, a partir de entonces, reciben capacitación de actualización anual. El acceso a su información médica protegida está restringido a los fines comerciales adecuados y requiere códigos de acceso para acceder a nuestros sistemas informáticos y credenciales para acceder a nuestras instalaciones. Los empleados 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”) con frecuencia “reemplazan” (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, cumpliremos con las leyes de privacidad estatales más estrictas que se relacionan con los usos y las divulgaciones de la información médica protegida relativa al HIV o el SIDA, la salud mental/conductual, los trastornos por uso de sustancias, las pruebas genéticas y los derechos reproductivos; sin embargo, no estamos sujetos a la mayoría de las solicitudes de derechos individuales contempladas por las leyes estatales de protección al 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, gestión de atención y ofertas de bienestar, el pago de reclamaciones y 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 utilizar y divulgar su información médica protegida en todas las actividades que se incluyen en la definición de "operaciones de atención médica", tal como se establece en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA. Por ejemplo, podemos 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.

Asociados comerciales: en cuanto a nuestras actividades de pago y operaciones de atención médica, celebramos contratos con personas y entidades (denominadas "asociados comerciales") para que lleven a cabo diversas funciones en nuestro nombre o para que proporcionen ciertos tipos de servicios (como apoyo de servicio al miembro, gestión de la utilización, subrogación o administración de beneficios farmacéuticos). Podemos compartir su información de contacto y número de teléfono, incluido su número de teléfono móvil, con nuestros asociados comerciales. Para llevar a cabo estas funciones o para prestar los servicios, nuestros asociados comerciales recibirán, crearán, mantendrán, usarán o divulgarán información médica protegida, pero solo después de que les exijamos a los asociados comerciales que 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 ciertas 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, concesión de licencias o verificación de credenciales.

Otros usos y divulgaciones posibles de información médica protegida

A continuación, se describen otras formas posibles en las que podemos (y se nos permite) usar 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. La revocación no afectará ningún uso ni divulgación que hayamos hecho según lo permitido por su autorización mientras estaba vigente. En el caso de que tengamos o recibamos notas de psicoterapia sobre usted, la divulgación de dichas notas requiere su autorización en la mayoría de los casos. 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 U.S. Department of Health and Human Services: debemos divulgar su información médica protegida al Secretario del U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) cuando 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 plan. 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 al patrocinador del plan información médica resumida (este tipo de información se define en la Regla de Privacidad de la Ley HIPAA) acerca de los inscritos en su plan de salud grupal para que obtenga ofertas de primas para la cobertura del seguro médico que se ofrece por medio de su plan de salud grupal o para que decida si lo modifica, enmienda o finaliza.

A familiares y amigos: si usted está de acuerdo o si no está disponible para aceptar, como en una situación de emergencia médica, podemos divulgar su información médica protegida a

un familiar, amigo u otra persona en la medida necesaria para ayudar con su atención médica o con el pago de esta.

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 esta información médica protegida recibida en estas circunstancias para ningún otro fin, salvo que lo exija la ley, a menos que usted suscriba un contrato de seguro médico o de beneficios de salud con nosotros.

Actividades de supervisión de salud: es posible que divulguemos su información médica protegida a un organismo de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley, tales como auditorías, investigaciones, inspecciones, concesión de licencias 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 creemos razonablemente que usted es 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 usted es recluso de una institución correccional, podemos divulgar su información médica protegida a la institución correccional o a un funcionario del orden público para: (1) que la institución le brinde atención médica, (2) su salud y seguridad y la salud y seguridad de otras personas, 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 según el 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 un registro de divulgaciones 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 según el 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 figura al final de este aviso. En su solicitud indíquenos: (1) la información sobre la cual desea limitar nuestro uso y divulgación, y (2) la manera en que desea limitar nuestro uso o la divulgación de la información. También puede utilizar la información que aparece al final de este aviso para enviar una solicitud por escrito a fin de rescindir una restricción acordada.

Comunicación confidencial: si cree que la divulgación 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 una copia impresa del aviso.

Notificación de filtración: en caso de que se produzca una filtración de su información médica sin medidas de seguridad, le proporcionaremos una notificación sobre ello, según lo exija la ley o cuando lo consideremos apropiado.

Eliminación: la Ley 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 género.

Información sobre su relación con CareFirst, nuestras filiales 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 debida autorización 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 vinculados o no vinculados a CareFirst también están sujetos a leyes de privacidad estrictas. Las entidades vinculadas son empresas que forman parte de la familia corporativa de CareFirst e incluyen organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), administradores externos, aseguradoras de salud, aseguradoras de atención a largo plazo y agencias de seguros. En algunas situaciones, relacionadas con las transacciones de seguro que usted realiza con nosotros, divulgaremos su información financiera personal a un tercero no afiliado 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

Salvo cuando se permita o exija lo contrario por requisitos regulatorios o legales, conservaremos su información según el plazo 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 CareFirst Privacy Office usando la siguiente información.

Cómo presentar una queja

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que hayamos tomado sobre sus derechos individuales, puede emplear 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 Signature, 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 los proveedores y farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a recibir información acerca de las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información acerca de cómo pedir una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitar que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención 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 tal manera que 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. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y utilizarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre cualquier riesgo relacionado con su atención médica. Deben informarle con anticipación 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 dejar el hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, acepta toda la responsabilidad de lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia.

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 decir 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 esas decisiones.

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

Los documentos legales que puede usar para dejar instrucciones anticipadas en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos 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 de algunos comercios que venden suministros para oficinas. A veces, puede obtener un formulario de directivas anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Complete el formulario y fírmelo.** Sin importar el lugar de donde obtenga este formulario, es 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 usted nombre en el formulario para que tome decisiones en su nombre si usted no puede hacerlo. Puede 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 (incluso si desea firmar una mientras se encuentra en el hospital). Las leyes establecen que nadie le puede denegar atención médica ni discriminarlo en función de su decisión de firmar o no una directiva anticipada.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Maryland Department of Health.

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 9 de este documento le indica lo que puede hacer.

Independientemente de lo que haga (pedir una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarle de manera justa.**

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se respetaron sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Office for Civil Rights** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a 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 410-767-1100 o al 800-243-3425 (Maryland) o al 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 410-767-1100 o al 800-243-3425 (Maryland) o al 202-727-8370 (Washington D.C.).
- **Comuníquese con Medicare**
    - Visite Medicare.gov para leer la publicación Derechos y protecciones de Medicare (disponible en: https://www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

A continuación, se enumeran los pasos que debe seguir como miembro de nuestro plan. Si tiene 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.
    - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si usted cuenta con otra cobertura médica o de medicamentos, además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** 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 de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **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 toma, 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 pagar las primas de su plan.
    - Debe seguir pagando las primas de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.

  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.
  - Si está obligado a pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.
  - Si debe pagar el monto adicional para la Parte D por sus ingresos anuales, debe seguir pagando dicho monto adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.

- **Si se muda *dentro del* área de servicio de nuestro 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 Railroad Retirement Board).**

CAPÍTULO 9: si tiene un problema o una queja (decisiones 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 decisiones 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 detalles para tratar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre a su disposición para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe

llamar a 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:

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (SHIP)

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

Los servicios de los asesores del SHIP son gratuitos. Puede comunicarse con el State Health Insurance Assistance Program (Maryland) al 410-767-1100 o al 800-243-3425, o con el Health Insurance Counseling Project (Washington D.C.) al 202-727-8370.

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, Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **sección 10: Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre las decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se utilizan en el caso de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede recurrir al proceso de decisión de cobertura y apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no, y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar las decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Si necesita saber si cubrimos un tipo de atención médica antes de recibirla, puede solicitarnos una decisión de cobertura para su caso. Una decisión 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 el médico de la red de nuestro plan le remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o el médico de su 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 no se cubre en ningún caso. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión 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 desestimará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, se desestimará una solicitud si está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud para una decisión de cobertura, enviaremos un aviso que explique por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión 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 decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado.

En ciertas circunstancias, usted puede pedir una apelación expeditiva o **apelación rápida** de una decisión 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 decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En ciertos casos específicos, se desestimará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, se desestimará una solicitud si está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso 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 organización de revisión independiente que no esté relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con otros niveles 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 decisión de cobertura o para presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión 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 realizar 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 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).
    - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, el médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación se deniega en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
    - Para medicamentos de la Parte D, su médico u otro profesional que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, el médico o el profesional que receta pueden solicitar una apelación de 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 decisión 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. El formulario 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 completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro del plazo determinado 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 de revisión independiente que reconsidere 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 decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y fechas límite para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que involucran apelaciones y decisiones de cobertura. Cada situación tiene plazos y reglas diferentes. En este capítulo proporcionamos los detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto
- **Sección 8:** 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 para pacientes ambulatorios [CORF])

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

SECCIÓN 5 Atención médica: cómo solicitar una decisión 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 Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican reglas 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 está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicite una decisión 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 médica 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 7 y 8. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, se toma una decisión 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 decisión 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 decisión 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 ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida de cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar pudiera causar daños graves a su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la funcionalidad.

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

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

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
- Explique que puede presentar una queja rápida acerca de nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión 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 decisiones 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 la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo,** si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario adicionales** 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*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la

decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un plazo expeditivo.

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

- **Sin embargo,** si usted solicita una extensión o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos extender el plazo hasta 14 días calendario adicionales** 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 considera que *no deberíamos* tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida.* (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si nuestra respuesta es negativa de forma parcial o total a su solicitud, le enviaremos un comunicado por escrito en el que le explicaremos 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 decisión 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 resuelve en un plazo de 30 días calendario, o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se resuelve en un plazo de 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 decisión de cobertura rápida en la Sección 5.2.

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 decisión 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

- Para las apelaciones rápidas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de recibir 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 organización de revisión independiente. La organización 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 de forma parcial o total a su solicitud,** enviaremos 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 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
  - Si no le damos una respuesta en la fecha límite (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización

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 organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización 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 organización 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 organización de revisión independiente analiza su apelación.

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

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

- En el caso de una apelación rápida, la organización de revisión independiente le deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que la reciba.
- Si su solicitud es por un producto o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar**

hasta 14 días calendario adicionales. Si la organización toma días adicionales, le notificará por escrito. La organización 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 tuvo una apelación estándar, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de una apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente le deberá dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibe su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente 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 organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario adicionales.** Si la organización toma días adicionales, le notificará por escrito. La organización 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 organización de revisión independiente le informa su respuesta.

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

- **Si la organización de revisión independiente aprueba total o parcialmente una solicitud de un artículo o servicio médico**, para las **solicitudes estándar** debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario desde que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente. En el caso de las **solicitudes expeditivas**, tenemos **72 horas** desde que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente responde positivamente a una parte o a la totalidad de la solicitud para un medicamento de la Parte B,** debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente con respecto a las **solicitudes estándar.** Para las **solicitudes expeditivas** 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 la organización 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 que:
    - Explique la decisión.
    - Le informe 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 organización de revisión independiente le indicará el monto mínimo en dólares que debe alcanzar el valor de la cobertura de atención médica para continuar con el proceso de apelación.
    - Le informe 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.
- La apelación de Nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 se explican los procesos de apelación de los Niveles 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 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que tenga que solicitarnos un reembolso o pedirnos que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También explica cómo enviarnos la documentación para solicitar el pago.

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

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que usted pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si usted 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 lugar de ello, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y le explicaremos 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 nos solicita un reintegro 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 dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, tendremos que enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le devolvamos el pago de un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a sus medicamentos de la Parte D.** A modo de simplificación, generalmente nos referimos a *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez *medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si su farmacia le comunica que su medicamento recetado no puede surtirse tal como se indica en la receta, la farmacia le entregará un aviso por escrito que explique cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección, se describe qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Está solicitando cobertura para un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Está solicitando que retiremos una restricción en la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir, criterios de autorización previa o la obligación de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Está solicitando que le permitamos pagar un monto de costos compartidos más bajo por un medicamento cubierto en una categoría de costos compartidos más alta. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Está solicitando la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario.**

Solicitar que se elimine una restricción sobre la cobertura de un medicamento es una **excepción al formulario.**

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de categoría.**

Si un medicamento no está cubierto en la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que receta deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. A continuación, detallamos 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos de Categoría 4 (Medicamentos no preferidos). No puede solicitar una excepción al monto de costos compartidos que debe pagar por el medicamento cuando acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y anular una restricción aplicada a su caso, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a una categoría más baja de costo compartido.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se incluyen en una de las cinco categorías de costo compartido. En general, cuanto menor sea el número de la categoría de costo compartido, menor será la parte que deberá pagar por el costo del medicamento.

- Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en una categoría de costo compartido más baja

que la de su medicamento, nos puede solicitar que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costos compartidos que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costos compartidos que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- Usted no puede solicitarnos que modifiquemos la categoría de costos compartidos de un medicamento ubicado en la Categoría 5 (Categoría de medicamentos especializados).
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría y hay más de una categoría de costos compartidos más baja con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe especificar las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta medicamentos deben entregarnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico o de otro profesional que receta medicamentos cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección en particular. Estas opciones posibles se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo es tan efectivo como el medicamento que solicita y no causa más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de las categorías inferiores de costo compartido no funcionen igual de bien para usted o sea probable que le causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos responder a su solicitud de forma afirmativa o negativa

- Si aprobamos su solicitud para una excepción, por lo general, nuestra aprobación es válida hasta el final del año de nuestro plan. Esto es válido siempre que su médico le

continúe recetando el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su afección.

- Si respondemos negativamente a su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Las decisiones de cobertura estándar se toman dentro de las **72 horas** después de haber recibido su solicitud. **Las decisiones de cobertura rápida** se toman dentro de las **24 horas** después de haber recibido su solicitud.

Si su salud lo requiere, solicítenos que le demos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con los siguientes 2 requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar la decisión de cobertura rápida de un reintegro por un medicamento que ya compró).
- La aplicación de los plazos estándar puede causar graves daños a su salud o afectar su capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana.
- **Si su médico u otro profesional que receta medicamentos nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos de forma automática darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o de otro profesional que receta medicamentos, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su médico u otro profesional que receta medicamentos solicita una decisión de cobertura rápida, automáticamente le proporcionaremos una decisión de cobertura rápida.
    - Explique cómo puede presentar una queja rápida por nuestra decisión de otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de

cobertura rápida que solicitó. Responderemos su queja dentro de las 24 horas de la recepción.

Paso 2: solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión 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 desea. También puede acceder al proceso para decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las que se envíen mediante el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web https://individual.carefirst.com/carefirst-resources/pdf/request-medicare-prescription-drug-coverage-determination-spanish.pdf. El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Puede acceder a una versión para imprimir del formulario o enviar su solicitud de determinación de cobertura electrónicamente a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en nuestro sitio web en https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/drug-management-programs.html. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación rechazada se está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otro profesional que receta medicamentos) o su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** es decir la razón médica de la excepción. Su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. Como alternativa, su médico u otro profesional que receta medicamentos nos puede comunicar las razones por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o correo, de ser necesario.

Paso 3: consideramos su solicitud y le comunicamos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - Con respecto a las excepciones, le informaremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la

revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a su solicitud,** debemos proveer la cobertura que hemos acordado dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma parcial o total a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que todavía no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
    - En caso de excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración justificativa de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a su solicitud,** debemos **proveer la cobertura** que hemos acordado **dentro de las 72 horas** de haber recibido su solicitud o la declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma parcial o total a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar acerca del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a su solicitud,** también debemos efectuarle el pago dentro de 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma parcial o total a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- 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 medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se denomina una **redeterminación del plan.**

Una apelación rápida se denomina **redeterminación expeditiva.**

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

Una apelación estándar generalmente se resuelve en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se resuelve en un plazo de 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si está apelando una decisión que tomamos por un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que receta medicamentos deberán decidir si requiere una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, los cuales se detallan en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: usted, su representante, médico u otro profesional que receta medicamentos debe comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al** 888-970-0917. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida cualquier solicitud presentada en el *Formulario de solicitud para la redeterminación de cobertura de modelo de CMS*, el cual está disponible en nuestro sitio web https://individual.carefirst.com/carefirst-resources/pdf/request-redetermination-medicare-drug-denial-spanish.pdf. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Puede enviar su solicitud de determinación de cobertura electrónicamente a través de nuestro portal seguro para miembros, que puede encontrar en el siguiente sitio web: https://www.carefirst.com/medicare-options/compare-medicare-plans/drug-management-programs.html.
- **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 decisión 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 en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.

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

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que receta medicamentos para obtener más información.

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 no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si

su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que acordamos dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma parcial o total a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre un medicamento que todavía no recibió

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión lo antes posible si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo requiere.
    - Si no le informamos nuestra decisión en un plazo de 7 días calendario, deberemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a su solicitud,** debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa de forma parcial o total a su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita que explica el motivo por el cual nuestra respuesta fue negativa y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, debemos trasladar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que una organización de revisión independiente la revise. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa de forma parcial o total a su solicitud,** también debemos efectuarle el pago dentro de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es negativa de forma parcial o total a su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: si nuestra respuesta a su apelación es negativa, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación será trasladada al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización 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: usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta medicamentos) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a una determinación sobre su condición de persona **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud se envió a la organización de revisión independiente.
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a la organización de revisión independiente. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso**.

- Tiene derecho a brindar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su estado de salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización decide otorgarle una apelación rápida, deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de recibida su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le informa su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la respuesta de la organización de revisión independiente es afirmativa para una parte o toda su solicitud,** debemos proveer la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión independiente **dentro de las 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente.

Para las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente responde afirmativamente a una parte o a toda su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente aprueba de forma parcial o total su solicitud de reintegro** por un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente responde negativamente a su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación**,** significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se conoce como **confirmar la decisión**. También se conoce como **rechazar su apelación**.). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique la decisión.
- Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que está solicitando alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita es muy bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión tomada en el nivel 2 será definitiva.
- Le indique el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: 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 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.
- La apelación de nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que se le está dando el alta demasiado pronto

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

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que reciba el alta. Le ayudarán a coordinar la atención que 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 7.1 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 *"Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos".* Todas las personas con cobertura de 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 realice preguntas si no lo entiende.** El aviso le indica lo siguiente:

   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo ordene su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** 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 esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Conserve una copia** del aviso para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso con más de 2 días calendario de antelación a la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha de alta programada.
- Para ver una copia de este aviso 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 un aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital

Para solicitarnos que cubramos sus servicios de hospitalización por más tiempo, utilice el proceso de apelación para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, debe conocer los pasos que debe seguir y 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 State Health Insurance Assistance Program (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 Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta programada es médicamente adecuada para usted. La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad 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 busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes* de irse del hospital y **a más tardar a la medianoche del día de su alta.**
    - **Si cumple con este plazo,** puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar nada* mientras espera obtener la decisión de la Organización de Mejora de la Calidad.
    - **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 Organización de Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. A más tardar al mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado de alta**. En este aviso se indica la fecha de alta prevista y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente adecuado) que le den el alta en esa fecha.
- 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 Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización de Mejora de la 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.
- Los revisores también analizarán su información médica, consultarán a su médico y analizarán la información provista por nosotros y el hospital.
- A más tardar al mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos informaron sobre su apelación, recibirá un aviso por 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: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización 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 corresponden). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

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

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

- Si la Organización de Mejora de la Calidad dijo que *no* 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 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, solicita a la Organización de Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la 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 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 permanece en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización de Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización de Mejora de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

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

Si la respuesta de la organización de revisión 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 Mejora de la 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 organización 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 continúa 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 presentar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se encuentran en el aviso escrito que recibió después de la decisión sobre su apelación de Nivel 2.

- La apelación de nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto

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

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de 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 8.1 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 decisión de cobertura sobre cuándo finalizará su atención.

1. **Usted recibe un aviso por escrito** por lo menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:

- La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
- Cómo solicitar una apelación rápida para solicitar que continuemos cubriendo su atención durante un período 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 8.2 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 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 State Health Insurance Assistance Program (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 Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y ayudar a 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 Mejora de la 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 Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápidamente:

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la 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 derecho a apelar. Comuníquese con la Organización de Mejora de la 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 Mejora de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización de Mejora de la 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 Mejora de la 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, recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* en la que se explican en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

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

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

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

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

- Si la respuesta de los revisores es *negativa*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le comunicamos.**
- Si usted decide seguir recibiendo los servicios de atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o en un centro integral de

rehabilitación para pacientes ambulatorios (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 *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, podrá presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 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 Mejora de la Calidad que revise nuevamente la decisión que tomaron respecto de la primera apelación. Si la Organización de Mejora de la 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 para pacientes ambulatorios (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 Mejora de la Calidad analizarán de nuevo cuidadosamente toda la información sobre 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 de revisión independiente 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 organización de revisión independiente rechaza su apelación?

- Esto significa que 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.
- La apelación de nivel 3 es gestionada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser aplicable a su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del producto o servicio médico por el que presentó una apelación alcanza ciertos niveles mínimos, podría recurrir a otros niveles de apelación. 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 apelación, los últimos 3 niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera que los 2 primeros niveles. A continuación, se detalla quién se ocupa de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o un abogado 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 calendario después de recibir la decisión 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 la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *podría* o *no* finalizar**.
    - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
    - Si no acepta la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Medicare Appeals Council** (el Consejo) revisará la 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 decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, le informaremos por escrito.

- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo 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 posible 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 acepta* o *deniega* su solicitud. Esta es una respuesta definitiva. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser aplicable a su caso si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el cual presentó la apelación alcanza un determinado monto en dólares, podría continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación en el Nivel 3.

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

Apelación de Nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditivas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.

- Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si no acepta la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que reciba, se le indicará qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Medicare Appeals Council** (el Consejo) revisará la apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelaciones finaliza**. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **dentro de un período de 72 horas (24 horas para apelaciones expeditivas) o hacer el pago a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
  - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no acepta la decisión, es posible que pueda continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal de distrito federal** revisará su apelación.

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

Presentación de quejas

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan en el proceso de 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, describimos ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿Alguna persona le ha tratado en forma grosera o irrespetuosa? • ¿No está satisfecho con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que le 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?

Queja	Ejemplo
Información que recibe de nosotros	• ¿Omitimos proporcionarle un aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones relacionadas con las decisiones 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. • 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 los plazos para cubrir o reembolsarle determinados productos o servicios médicos o medicamentos 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 10.2 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 expeditiva**.

<u>Paso 1:</u> 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) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo informará.

- **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 las quejas por escrito sobre su cobertura médica a:
CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage
Attention: Appeals & Grievances Department
P.O. Box 915
Owings Mills, MD 21117

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

- **Quejas formales expeditivas:** si tiene una queja formal expeditiva que sea una queja sobre alguno de los siguientes asuntos:
  - 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 tramitar de forma expeditiva su solicitud de una determinación de cobertura o apelación; debe llamar a Servicios para Miembros. Una queja formal expeditiva se revisará dentro de las 24 horas posteriores a su recepción. Le llamaremos para comunicarle el resultado de su queja formal expeditiva.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

<u>Paso 2:</u> analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada.
  - **La mayoría de las quejas se responden dentro de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en beneficio suyo o si usted pide una extensión, **podremos tomarnos hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.

- **Si está presentando una queja porque denegamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, tramitaremos automáticamente su queja como una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** total o parcialmente con su queja, o no asumimos la responsabilidad por el problema que motivó su queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le proporcionemos.

Sección 10.3 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 en ejercicio 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 10.4 También puede informar a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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 10:
Finalización de membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Finalización de su membresía en nuestro plan

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

- 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 deja nuestro plan, este debe seguir proporcionando la atención médica y los medicamentos recetados, y usted deberá seguir pagando el costo compartido hasta que termine 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 dar de baja su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura médica y de medicamentos, y tome una decisión sobre su cobertura para el siguiente año.

- **El Período de inscripción 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, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos,
    - Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado, o
    - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

- Si elige esta opción y recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help), Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que rechace la inscripción automática.

Nota: si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **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. Para los nuevos beneficiarios de Medicare inscritos en un plan de MA, también abarca desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen ese derecho.
- **Durante el Período de Inscripción abierta de Medicare Advantage,** usted puede hacer lo siguiente:
    - Cambiar a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
    - Anular su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos por 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 Medicare Original. 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 ciertas situaciones, es posible que los miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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 dar de baja 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.

- Usualmente cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir "Ayuda Adicional" (Extra Help) para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- 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).
- **Nota:** si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el Capítulo 5, Sección 10, se brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

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

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

Nota: si se da de baja de la cobertura de medicamentos de Medicare y permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

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

Si recibe "Ayuda Adicional" (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de la cobertura de medicamentos: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare por separado, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

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 ponerle fin a 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 Signature se le cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • La inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature se le cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Medicare Original *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado	• **Envíenos una solicitud por escrito para anular su inscripción.** Llame a 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 deben llamar al 1-877-486-2048. • Se anulará su inscripción en CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature cuando comience su cobertura en Medicare Original.

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

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

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

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

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature debe dar de baja su membresía en nuestro plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si ya no cuenta con Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses. Si se encuentra en el área de visitantes/viajeros, 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 no ciudadano que reúna los requisitos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener.
- 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 debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

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 Signature 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 11: 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 Centers for Medicare & Medicaid Services (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 discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, 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 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, la 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 duda sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Office for Civil Rights** del Department of Health and Human Services al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Office for Civil Rights local. También puede revisar la información de la Office for Civil Rights del Department of Health and Human Services en HHS.gov/ocr/index.html.

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

SECCIÓN 3 Aviso sobre 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 CFR, secciones 422.108 y 423.462, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, 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 a cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature tiene derechos de subrogación y reembolso. La subrogación requiere que usted le ceda a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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 al monto de los beneficios pagados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature por lesiones o enfermedades por las que 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 Signature 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 los pagos que se le realizan a usted en virtud de una póliza de protección contra lesiones personales. CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature no recuperará gastos médicos de su parte, a menos que usted recupere gastos médicos en una causa de acción.

A. Debe notificar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, tan pronto como sea razonablemente posible, que un tercero pueda 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 Signature resulten del hecho que dio lugar a la causa de acción, CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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 Signature el monto recuperado mediante demanda, acuerdo u otro medio, proveniente de cualquier compañía aseguradora de un tercero, cualquier cobertura de conductor no asegurado o con un seguro insuficiente, o según lo permita la ley, en la medida en que los pagos reales realizados por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature sean resultado del suceso que dio origen a la acción legal.

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

E. En una reclamación de subrogación que surja de una reclamación de lesión personal, el monto recuperado por CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature 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. Multiplicando el resultado por la cantidad de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature. Este porcentaje no puede exceder un tercio (1/3) de la reclamación de subrogación de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature.

F. A solicitud por escrito de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, usted o su abogado, si solicitan una reducción de la reclamación de subrogación, deberán proporcionar a CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature su certificación en la que se indique el monto de los honorarios de abogado incurridos.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación: una apelación es una medida que toma usted si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o por el pago de servicios o medicamentos que usted 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: un área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). Nuestro plan debe 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, acostarse y levantarse de la cama, sentarse y levantarse de una 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 centros de enfermería especializada (SNF): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Entre los ejemplos de atención médica se incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Autorización previa: aprobación anticipada para recibir servicios o determinados medicamentos 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, quizá desee consultar 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. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que provee servicios que no requieren las habilidades de un profesional de enfermería o de terapia con licencia, como asistencia con los cuidados personales (p. ej., para bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados).

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

Baja o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelar su membresía en el plan.

Biosimilar intercambiable: un biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte **“Biosimilar intercambiable”**).

Categoría de costos compartidos: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de las cinco categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costos compartidos, mayor es el costo que le corresponde a usted por el medicamento.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

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 después de una enfermedad o lesión. Estos

servicios incluyen 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.

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 es posible que deba 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 o medicamentos recetados.

Costos compartidos: los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se agrega a la prima mensual de nuestro plan). 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 o medicamentos; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que el plan exige para recibir servicios o medicamentos específicos.

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: la suma que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por nuestro plan y sobre el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por ese medicamento. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento recetado no está cubierto por nuestro plan, no estamos frente a una determinación de cobertura. Debe llamar o enviar una carta a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura**.

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

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

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 según 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 usted 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): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Los ejemplos incluyen caminadores, sillas de ruedas, 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.

Etapa de cobertura en caso de catástrofe: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $2,400 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa posterior al pago del deducible (si tiene uno) y antes de que los gastos de bolsillo del año alcancen el monto límite de bolsillo.

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.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción de formulario) o adquirir un medicamento no preferido en una categoría de costos compartidos más baja (una excepción de categoría). También puede solicitar una excepción si nuestro plan exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que no apliquemos los criterios de restricción, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción de formulario).

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor al monto de costos compartidos permitido de nuestro plan. Como miembro de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature, 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** o que de otro modo le cobren más del monto de costos compartidos que nuestro plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios por medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que adquiere de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan salvo en ciertos casos.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de costos compartidos por el cual un miembro debe pagar una porción de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de “gastos de bolsillo” del miembro.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del inscrito sobre el formulario y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

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

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la FDA o respaldado por ciertas referencias, como la American Hospital Formulary Service Drug Information y el Micromedex DRUGDEX Information system.

Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Límites de cantidades: una herramienta administrativa diseñada para establecer límites al uso de un medicamento por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites se pueden establecer por la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo específico.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

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.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y comercializado por la compañía farmacéutica que realizó el trabajo de investigación y desarrollo original del medicamento. Los medicamentos de marca poseen la misma fórmula del ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y comercializados por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, solo están disponibles cuando la patente del medicamento de marca ha vencido.

Medicamento genérico: un medicamento recetado aprobado por la FDA por poseer los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico funciona de la misma manera que el medicamento de marca, aunque su costo a menudo es menor.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos todos los medicamentos de la Parte D, o tal vez no. El Congreso ha excluido determinadas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Todos los planes deben cubrir determinadas categorías de medicamentos de la Parte D.

Medicare Health Plan: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage Plans, Medicare Cost Plans, Special Needs Plans, los Demonstration/ Pilot Programs, y los programas de Atención Integral para Adultos Mayores (PACE).

Medicare Original (Traditional Medicare or Fee-for-Service Medicare): Medicare Original 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 Medicare Original, los servicios de Medicare se cubren mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Medicare Original tiene 2 partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, 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): 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 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas; por lo tanto, la mayoría no pagará una prima más alta.

Monto máximo de gastos de bolsillo combinado: este es el monto máximo que 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 1.3, 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).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: monto que se agrega a la prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que cumple por primera vez con los requisitos para inscribirse en un plan de la Parte D.

Organización de Mejora de la Calidad (QIO): 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.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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

Período de beneficios: la forma en que tanto nuestro plan como Medicare Original miden el uso que hace de los servicios de hospital y de centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención en hospital para pacientes hospitalizados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. 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.

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 Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original 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.

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

Período de inscripción especial: un lapso durante el cual los miembros pueden cambiar su plan de salud o de medicamentos, o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que podría ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen lo siguiente: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” (Extra Help) para los costos de medicamentos recetados, si se muda a una residencia para ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: es el período en que puede inscribirse en la Parte A y 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: una persona que cumple los requisitos para obtener la cobertura de Medicare y Medicaid.

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

Plan Institutional Special Needs (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en ciertos centros de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP institucionales equivalentes (IE-SNP), SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado la Parte C de Medicare, un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proveerle todos los 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 plan Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un plan Medicare Medical Savings Account (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un 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**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para Adultos Mayores) combina servicios de atención médica, servicios sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas frágiles a fin de ayudar a que continúen siendo independientes y viviendo 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 beneficios de Medicare y de 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. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de 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).

Plan Special Needs: 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.

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

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

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

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se lo denomina producto de referencia.

Producto biológico: un medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte **“Producto biológico original”** y **“Biosimilar”**).

Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se brinda a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Programa de descuento del fabricante: un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos y productos biológicos de marca cubiertos de la Parte D. Los descuentos se realizan según los acuerdos establecidos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

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

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: un 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 son empleados de 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.

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

Remisión: una orden escrita de su médico de atención primaria para que consulte a un especialista o reciba determinados 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: un 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: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales 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.

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

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

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento recetado, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento recetado.

Tasa diaria de costos compartidos: una tasa diaria de costos compartidos puede aplicarse cuando su médico le recete menos de un suministro mensual completo de ciertos medicamentos y usted deba abonar un copago. Una tasa de costos compartidos diaria es el copago dividido entre la cantidad de días en un suministro de un mes. A continuación, se

incluye un ejemplo: si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de $30 y el suministro de un mes en nuestro plan es de 30 días, entonces su tasa de costos compartidos diaria es de $1 por día.

Terapia escalonada: una herramienta de gestión del uso de medicamentos que establece que primero usted debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que cubramos el medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Servicios a los Miembros de CareFirst BlueCross BlueShield Advantage Signature

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
LLAME AL	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.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. Servicios para Miembros también cuenta con servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Las llamadas a este número son gratuitas. de 8:00 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

State Health Insurance Assistance Program

El State Health Insurance Assistance Program es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a las personas con Medicare.

Método	SHIP de Maryland: información de contacto
LLAME AL	410-767-1100 o 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 AL	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

Declaración de divulgación de PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esté identificada con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, 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.*