Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare como miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan (HMO)

Este folleto proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan (HMO), es ofrecido por Blue Shield of California Promise Health Plan. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Blue Shield of California Promise Health Plan. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan).

Este documento se encuentra disponible de manera gratuita en inglés y español.

Para obtener más información, llame a nuestro Departamento de Servicios para los miembros al 1-800-544-0088. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Si quisiera recibir esta *Evidencia de cobertura* en un formato alternativo (por ejemplo, braille, letra grande u otros formatos alternativos), comuníquese con el número del Departamento de Servicios para los miembros al 1-800-544-0088 (TTY: 711). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

H5928_19_446B_037_C_SP NM 10022019

OMB Approval 0938-1051 (Expires: December 31, 2021)

Evidencia de cobertura de 2020

Índice

Esta lista de capítulos y números de páginas es el punto de partida. Si necesita ayuda para encontrar la información que necesita, consulte la primera página del capítulo correspondiente. **Encontrará una lista detallada de los temas al principio de cada capítulo.**

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro 6

Explica lo que implica ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Detalla la documentación que le enviaremos, la prima del plan, la multa por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de miembro del plan y cómo mantener actualizado su registro de miembro.

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes 27

Describe cómo puede comunicarse con nuestro plan (Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan) y con otras organizaciones, incluso Medicare, el Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguros de salud para personas con bajos ingresos), programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados y la Junta de jubilación para ferroviarios.

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos 47

Explica conceptos importantes que debe saber para recibir atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas, se incluye cómo tener acceso a los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 65

Proporciona detalles sobre cuáles son los tipos de atención médica que están cubiertos y cuáles *no* como miembro de nuestro plan. También explica la parte que le corresponderá pagar a usted del costo de la atención médica cubierta.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D 141

Explica las normas que debe cumplir cuando obtiene los medicamentos de la Parte D. Incluye cómo utilizar la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Detalla los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. También explica los distintos tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para

determinados medicamentos. Explica dónde puede obtener los medicamentos recetados. Además, indica los programas del plan respecto de la seguridad y el manejo de los medicamentos.

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D 168

Explica las cuatro (4) etapas de la cobertura para medicamentos (Etapa del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa del período sin cobertura, Etapa de cobertura en situaciones catastróficas) y de qué manera estas etapas influyen en lo que usted debe pagar por los medicamentos. También detalla los cinco (5) niveles de costo compartido correspondientes a los medicamentos de la Parte D y se incluye lo que le corresponde pagar a usted en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 190

En este capítulo, se explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando quiere pedirnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 198

Describe sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Explica lo que usted puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos) 219

En este capítulo, se describe, paso a paso, lo que debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar que se tomen decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados que usted piensa que el plan cubre. Esto incluye solicitar que hagamos una excepción a las normas o las restricciones adicionales respecto de su cobertura para medicamentos recetados, y solicitar que sigamos brindándole cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si cree que la cobertura está terminando demasiado pronto.
- También se explica cómo presentar un reclamo respecto de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas que le preocupan.

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan 282

Se describe cuándo y cómo usted puede cancelar su membresía en el plan. Además, se explican las situaciones en las cuales nuestro plan debe cancelar su membresía.

Capítulo 11. Avisos legales 292

Se incluyen avisos sobre las leyes aplicables y la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 298

Se explican los términos clave que se utilizan en este folleto.

CAPÍTULO 1

Primeros pasos como miembro

Capítulo 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción ... 8

Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, que es una HMO de Medicare ... 8

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*? ... 8

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura* ... 8

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? ... 9

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad ... 9

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare? ... 9

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan ... 10

Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o permanencia legal ... 11

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos? ... 11

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos y la atención cubiertos ... 11

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan ... 12

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan ... 13

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos recetados de la Parte D ... 14

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan ... 14

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan? ... 14

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? ... 15

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D? ... 15

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 16

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse más tarde y que no se le cobre la multa ... 17

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D? ... 18

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos? 18
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D por sus ingresos? 18
Sección 6.2 ¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D? 18
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D? 19
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D? 19

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual 19
Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan 20
Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año? 22

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan 22
Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted 22

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud protegida 23
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida 23

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 24
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro? 24

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, que es una HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos recetados y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan.

Hay distintos tipos de planes de salud de Medicare. Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite la página web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2 ¿De qué trata el folleto sobre la *Evidencia de cobertura*?

Este folleto sobre la *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener la cobertura de la atención médica y los medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos recetados a su disposición como miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un poco de tiempo a leer este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros del plan (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Es parte del contrato que celebramos con usted

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el

formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan después del 31 de diciembre de 2020. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2020.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar cada año Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare (la Sección 2.2 trata sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.3, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio).
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos sea legal.
- No padezca enfermedad renal terminal (ESRD), salvo por algunas excepciones limitadas, por ejemplo, si la enfermedad renal terminal se manifiesta cuando ya era miembro de un plan que ofrecemos o si fue miembro de otro plan que terminó.

Sección 2.2 ¿Qué es la cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Cuando se inscribió por primera vez en Medicare, recibió información sobre qué servicios están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Recuerde lo siguiente:

- Generalmente, la Parte A de Medicare ayuda a cubrir los servicios prestados por hospitales (para servicios para pacientes hospitalizados, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).

- La Parte B de Medicare cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como los servicios prestados por un médico y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como suministros y equipo médico duradero [DME]).

Sección 2.3 Esta es el área de servicio del plan para Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan

Aunque Medicare es un programa federal, Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Condados de Fresno, Los Ángeles, San Diego, Santa Clara, San Joaquín y Stanislaus

Nuestra área de servicio incluye estas partes de condados en California:

Condado de Merced, solo los siguientes códigos postales: 93610; 93620; 93661; 93665; 95301; 95303; 95312; 95315; 95317; 95322; 95324; 95333; 95334; 95340; 95341; 95343; 95344; 95348; 95365; 95369; 95374; 95380; 95388

Condado de Orange, solo los siguientes códigos postales: 90620; 90621; 90622; 90623; 90624; 90630; 90631; 90632; 90633; 90638; 90680; 90720; 90740; 90742; 90743; 92609; 92610; 92617; 92619; 92620; 92626; 92637; 92646; 92647; 92648; 92649; 92655; 92657; 92673; 92683; 92685; 92694; 92697; 92698; 92701; 92702; 92703; 92704; 92705; 92706; 92707; 92708; 92725; 92735; 92801; 92802; 92803; 92804; 92805; 92806; 92807; 92808; 92809; 92812; 92814; 92815; 92816; 92817; 92821; 92822; 92823; 92825; 92831; 92832; 92833; 92834; 92835; 92836; 92837; 92838; 92840; 92841; 92842; 92843; 92844; 92845; 92846; 92850; 92868; 92870; 92871; 92885; 92886; 92887; 92899

Condado de Riverside, solo los siguientes códigos postales: 91718; 91719; 91720; 91752; 91760; 92028; 92201; 92202; 92203; 92210; 92211; 92220; 92223; 92230; 92234; 92235; 92236; 92240; 92241; 92247; 92248; 92253; 92254; 92255; 92258; 92260; 92261; 92262; 92263; 92264; 92270; 92274; 92276; 92282; 92292; 92320; 92324; 92373; 92399; 92501; 92502; 92503; 92504; 92505; 92506; 92507; 92508; 92509; 92513; 92514; 92515; 92516; 92517; 92518; 92519; 92521; 92522; 92530; 92531; 92532; 92536; 92539; 92543; 92544; 92545; 92546; 92548; 92549; 92551; 92552; 92553; 92554; 92555; 92556; 92557; 92561; 92562; 92563; 92564; 92567; 92570; 92571; 92572; 92581; 92582; 92583; 92584; 92585; 92586; 92587; 92589; 92590; 92591; 92592; 92593; 92595; 92596; 92599; 92860; 92877; 92878; 92879; 92880; 92881; 92882; 92883

Condado de San Bernardino, solo los siguientes códigos postales: 91701; 91708; 91709; 91710; 91730; 91737; 91739; 91761; 91762; 91763; 91764; 91784; 91786; 92301; 92307; 92308; 92313; 92316; 92318; 92324; 92334; 92335; 92336; 92337; 92344; 92345; 92346; 92350; 92354; 92357; 92359; 92368; 92369; 92371; 92373; 92374; 92376; 92377; 92392; 92394;

92395; 92399; 92401; 92402; 92403; 92404; 92405; 92406; 92407; 92408; 92410; 92411; 92412; 92413; 92414; 92415; 92418; 92420; 92424; 92427

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o de medicamentos disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.4 Ciudadano de los Estados Unidos o permanencia legal

Todo miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener permanencia legal dentro de los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan si usted no es elegible para seguir siendo miembro con respecto a este punto. Si no cumple con este requisito, Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan debe cancelar su inscripción.

SECCIÓN 3 ¿Qué otra documentación le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan: úsela para obtener todos los medicamentos y la atención cubiertos

Mientras sea un miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de miembro para nuestro plan cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta Medi-Cal (Medicaid), si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (salvo los estudios de investigación clínica de rutina y los servicios de un centro para enfermos terminales). Es posible que se le pida que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro en caso de que deba presentarla más adelante.

Aquí le explicamos por qué esto es tan importante: si mientras es miembro del plan recibe servicios cubiertos usando su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de su tarjeta de miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, usted deberá pagar el costo total de los servicios.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato al Departamento de Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Sección 3.2 *Directorio de proveedores y farmacias*: su guía para conocer a todos los proveedores de la red del plan

El *Directorio de proveedores y farmacias* enumera los proveedores y las farmacias de la red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué debe saber qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, salvo por algunas excepciones limitadas, mientras sea miembro de nuestro plan deberá utilizar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de atención de urgencia cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan autorice el uso de proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencia, y la cobertura fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores y farmacias*, puede solicitar una a través del Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). En el Departamento de Servicios para los miembros puede solicitar más información sobre los proveedores de la red, incluso su formación y experiencia. También puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* en

www.blueshieldca.com/promise/medicare, o descargarlo de esta página web. Tanto el Departamento de Servicios para los miembros como la página web pueden darle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores de la red.

¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos recetados cubiertos para los miembros de nuestro plan.

¿Qué es lo que debe saber sobre las farmacias de la red?

Puede utilizar el *Directorio* de proveedores y farmacias para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. Puede encontrar un *Directorio de proveedores y farmacias* actualizado en nuestra página www.blueshieldca.com/promise/medicare. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un *Directorio de proveedores y farmacias*. **Revise el Directorio de proveedores y farmacias de 2020 para verificar qué farmacias se encuentran en nuestra red**.

Si no tiene el *Directorio de proveedores y farmacias*, puede obtener una copia a través del Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros en cualquier momento para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/medicare.

Sección 3.3 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluidos en Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan.

La Lista de medicamentos le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar la página web del plan (www.blueshieldca.com/promise/medicare) o llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 3.4 La *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados para los medicamentos recetados de la Parte D

Cuando utilice sus beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe que le ayudará a comprender y a hacer un seguimiento de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se denomina *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

La *Explicación de beneficios de la Parte D* le informa el monto total que usted, u otra persona en su nombre, gastó en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que nosotros pagamos por cada uno de los medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la *Explicación de beneficios de la Parte D* y de qué manera le puede servir para hacer un seguimiento de su cobertura para medicamentos.

El resumen de la *Explicación de beneficios de la Parte D* también se encuentra a disposición de quienes lo soliciten. Para obtener una copia, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan

Sección 4.1 ¿A cuánto asciende la prima del plan?

Al ser miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2020, la prima mensual de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan es de $32.00. Además, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

En algunos casos, la prima del plan podría ser menor

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

Si *ya está inscrito* y está recibiendo ayuda de uno de estos programas, **la información de las primas en esta *Evidencia de cobertura* puede no ser aplicable en su caso**. Le enviamos un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocida como “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros

y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

En algunos casos, la prima del plan podría ser mayor

En algunos casos, la prima del plan podría ser superior al monto mencionado antes en la Sección 4.1. A continuación, se describe dicho caso.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D porque no se inscribieron en el plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles por primera vez o porque hubo un período continuo de 63 días o más en el que no tuvieron una cobertura para medicamentos recetados "acreditable". ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura para medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. El importe de la prima estará constituido por la prima mensual del plan más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si debe pagar la multa por inscripción tardía, el costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin la cobertura de medicamentos recetados acreditable. La Sección 5 del Capítulo 1 explica qué es la multa por inscripción tardía de la Parte D.
    - Si tiene una multa por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su inscripción en el plan.

SECCIÓN 5 ¿Tiene usted que pagar la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Qué es la "multa por inscripción tardía" de la Parte D?

Nota: si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

La multa por inscripción tardía es una cantidad que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía si en cualquier momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D o una cobertura para medicamentos recetados acreditable. La "cobertura para medicamentos recetados acreditable" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin la cobertura de medicamentos recetados acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la 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 Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, le haremos saber el monto de la multa.

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se considera parte de su prima del plan.

Sección 5.2 ¿A cuánto asciende la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina el monto de la multa. Esta es la manera en que funciona:

- En primer lugar, se cuenta el número de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O bien, se cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditable para medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2020, el monto promedio de la prima es de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, usted multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% por $32.74, lo que es igual a $4.584, que se redondea a $4.58. Esta suma debe agregarse **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía**.

Hay tres aspectos importantes que tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según lo determine Medicare) aumenta, la multa se incrementará.
- Segundo, **seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si se cambia de plan.
- Tercero, si tiene <u>menos</u> de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía se reanudará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Sección 5.3 En algunos casos, puede inscribirse más tarde y que no se le cobre la multa

Aunque haya retrasado su inscripción en un plan que ofrezca cobertura de la Parte D de Medicare cuando fue elegible por primera vez, a veces no tiene que pagar la multa por inscripción tardía.

Usted no tendrá que pagar una multa por inscripción tardía si se encuentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si usted ya tiene una cobertura para medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare le llama a esto "**cobertura para medicamentos acreditable**". Tenga en cuenta lo siguiente:
  - La cobertura acreditable puede incluir la cobertura para medicamentos que proporcione un empleador o sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.
    - Tenga en cuenta lo siguiente: si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura médica finalice, puede no significar que su cobertura para medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos recetados "acreditable" que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare.
  - Las siguientes *no* son una cobertura para medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.
  - Para obtener información adicional sobre las coberturas acreditables, consulte su manual *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si estuvo sin cobertura acreditable, pero por menos de 63 días consecutivos.
- Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare.

Sección 5.4 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D?

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar que se revise la decisión tomada al respecto. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa que debe pagar una multa por inscripción tardía. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 6 ¿Debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos?

Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D por sus ingresos?

La mayoría de las personas paga la prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si su ingreso personal es de $87,000 o más (o personas casadas que hacen la declaración de impuestos de manera separada) o de $174,000 o más para las parejas casadas, debe pagar un monto adicional directamente al gobierno para su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le informará de cuánto será ese monto adicional y cómo pagarlo. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿De cuánto es el monto adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI), como se informó en su declaración de impuestos del IRS, está por encima de cierto monto, pagará una suma adicional además de su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente tenga que pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html.

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si está en desacuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional por sus ingresos, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, póngase en contacto con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?

El monto adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) por su cobertura de la Parte D de Medicare. Si la ley le exige pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar una prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2, para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no son elegibles para obtener la Parte A sin pagar la prima) pagan una prima por la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan paga una prima por la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y una cantidad del ajuste mensual relacionada al ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si usted debe pagar un monto adicional y no lo hace, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**
- Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare,** le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional.
- Para obtener más información sobre las primas de la Parte D según sus ingresos, consulte la Sección 6 del Capítulo 1 de este folleto. También puede visitar https://www.medicare.gov en Internet o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O bien, puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

El documento denominado *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020) incluye información sobre las primas de Medicare en la sección titulada “2020 Medicare Costs” (Costos de Medicare de 2020). Allí se explica cómo varían las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare para las personas que tienen distintos ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben cada año,

en otoño, una copia del documento *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez. También puede descargar una copia del documento *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020) de la página web de Medicare (https://www.medicare.gov). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1 Existen diversas formas de pagar la prima del plan

Existen tres (3) formas de pagar la prima del plan. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros para indicar qué opción de pago de prima del plan elige. Si desea cambiar su forma de pago o no recuerda qué opción seleccionó originalmente, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Si decide cambiar la forma de pagar la prima, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo.

Opción 1: puede pagar con cheque

Debemos recibir el pago de la prima de su plan mensualmente mediante un cheque y antes del último día del mes anterior al mes de su período de cobertura. Blue Shield of California Promise Health Plan le enviará una factura mensual que usted usará para realizar el pago. Si pierde su factura mensual, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros y se le enviará una nueva.

Haga su cheque a nombre de Blue Shield of California Promise Health Plan.

Puede **enviar** su cheque a la siguiente dirección:
Blue Shield of California Promise Health Plan
P.O. Box 749041
Los Angeles, CA 90074-9041

También puede dejar su cheque personalmente en la siguiente dirección:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Medicare Billing Department
6300 Canoga Ave, 2nd floor
Woodland Hills, CA 91367
De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. (excepto los feriados)

Opción 2: pago automático (Easy$Pay)

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que la prima del plan se debite automáticamente de su cuenta bancaria mediante nuestro servicio de pago automático Easy$Pay. El monto se debitará de su cuenta bancaria aproximadamente el día 8 del mes. Para obtener más información sobre cómo suscribirse a nuestro servicio Easy$Pay, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Opción 3: puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede pedir que la prima del plan se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la prima del plan de esta forma, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros. Con gusto le ayudaremos con este asunto. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestra oficina antes del último día del mes anterior a su período de cobertura. Si no recibimos el pago de la prima del plan antes del último día del mes anterior a su período de cobertura, es posible que le enviemos un aviso que le informará que su membresía en el plan podría finalizar si no recibimos el pago de la prima del plan dentro del período de gracia de 3 meses. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos recetados.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su prima, Original Medicare brindará su cobertura médica.

Si cancelamos su membresía en el plan debido a la falta de pago de la prima del plan, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. Durante el Período abierto de inscripción anual de Medicare, puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados independiente o en un plan de salud que también brinde cobertura para medicamentos. (Si no tiene una cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es probable que nos deba las primas que aún no haya pagado. Tenemos derecho a exigir el pago de las primas que debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto que debe antes de poder inscribirse.

Si considera que su membresía fue cancelada por error, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante la presentación de un reclamo. La Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto le indica cómo presentar un reclamo. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor

que le impidió pagar sus primas dentro de nuestro período de gracia, puede solicitarnos que reconsideremos esta decisión llamando al 1-800-544-0088 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud dentro de los 60 días después de la fecha de finalización de su membresía.

Sección 7.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

No obstante, en algunos casos, es posible que la parte que le corresponde pagar a usted de la prima sufra algunas modificaciones durante el año. Por ejemplo, si resulta ser elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año. Si un miembro es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar los costos de sus medicamentos recetados, el programa de "Ayuda adicional" pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda su elegibilidad durante el año deberá comenzar a pagar la prima mensual en su totalidad. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

SECCIÓN 8 Mantenga actualizado su registro de miembro del plan

Sección 8.1 Cómo puede asegurarse de que tengamos información correcta sobre usted

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su médico de atención primaria, grupo médico y asociación de médicos independientes.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, un seguro de indemnización por accidentes laborales o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.

- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si hay algún cambio, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

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

Lea la información que le enviamos sobre la cobertura de cualquier otro seguro que tenga

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud protegida

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información de salud esté protegida

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información de salud protegida. Protegemos su información de salud protegida según lo exigido por estas leyes.

Para obtener más información sobre cómo protegemos la información de salud protegida, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura médica grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga se denomina "pagador principal" y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado "pagador secundario", solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura del plan de salud grupal se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, la decisión sobre quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por el empleador y si tiene Medicare basado en la edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
    - Si usted es menor de 65 años y sufre alguna discapacidad, y usted o un miembro de su familia aún se encuentran trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 100 empleados.
    - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún se encuentran trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos es un empleador en un plan de empleador múltiple que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios de pulmón negro.
- Compensación laboral.

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

Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o si necesita actualizar el resto de su información, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los

números de teléfono). Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 **Contactos de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan** (cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para los miembros del plan) **28**

SECCIÓN 2 **Medicare** (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) **33**

SECCIÓN 3 **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud** (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) **35**

SECCIÓN 4 **Organización para la mejora de la calidad** (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare) **37**

SECCIÓN 5 **Seguro Social** **38**

SECCIÓN 6 **Medicaid** (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados) **39**

SECCIÓN 7 **Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados** **41**

SECCIÓN 8 **Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios** **44**

SECCIÓN 9 **¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador?** **45**

SECCIÓN 1 Contactos de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan
(cómo puede ponerse en contacto con nosotros, incluso cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para los miembros del plan)

Cómo puede ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. Con gusto le ayudaremos.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios para los miembros
LLAME AL	1-800-544-0088 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. El Departamento de Servicios para los miembros también ofrece servicios gratuitos de intérpretes para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-323-889-2100
ESCRIBA A	Blue Shield of California Promise Health Plan Member Services Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
PÁGINA WEB	www.blueshieldca.com/promise/medicare

Cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o en relación con el monto que pagaremos por sus servicios médicos o por los medicamentos recetados de la Parte D. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-800-544-0088 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	Atención médica: Para todos los condados excepto San Diego: 1-323-889-6577 Solo para el condado de San Diego: 1-323-889-6506 Medicamentos recetados de la Parte D: 1-866-712-2731
ESCRIBA A	Blue Shield of California Promise Health Plan Member Services Department (Coverage Decisions) 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755 Para solicitudes aceleradas, llame o envíe un fax a los números de contacto que se mencionan anteriormente.
PÁGINA WEB	www.blueshieldca.com/promise/medicare

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para apelaciones sobre atención médica o sobre los medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-800-544-0088 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-323-889-6214
ESCRIBA A	Blue Shield of California Promise Health Plan Member Services Department (Appeals) 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755 Para solicitudes aceleradas, llame o envíe un fax a los números de contacto que se mencionan anteriormente.

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica o sobre los medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica o sobre los medicamentos recetados de la Parte D
LLAME AL	1-800-544-0088 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-323-889-2228
ESCRIBA A	Blue Shield of California Promise Health Plan Member Services Department (Complaints) 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755 Para solicitudes aceleradas, llame o envíe un fax a los números de contacto que se mencionan anteriormente.
PÁGINA WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo por Internet ante Medicare, ingrese a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Para obtener más información sobre situaciones en las que es posible que deba pedirnos que le reembolsemos o paguemos una factura de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

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

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
LLAME AL	1-800-544-0088 Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.
FAX	1-323-889-5416
ESCRIBA A	Blue Shield of California Promise Health Plan Member Services Department (Payment Requests) 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
PÁGINA WEB	www.blueshieldca.com/promise/medicare

SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS"). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Información de contacto de Medicare
PÁGINA WEB	https://www.medicare.gov Esta es la página web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. La página web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** brinda información personalizada sobre las pólizas disponibles de los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud Medicare y Medigap (Seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede utilizar la página web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan: • **Infórmele a Medicare sobre su reclamo:** puede presentar un reclamo sobre Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarle a ingresar en la página web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en la página web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP).

El HICAP es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tiene Medicare.

Los asesores del HICAP pueden atender las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Pueden ayudarle a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también pueden ayudarle a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Información de contacto del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) (SHIP de California)
LLAME AL	1-800-434-0222 • **Condado de Fresno** (559) 224-9154 • **Condado de Los Angeles** (213) 383-4519 • **Condado de Merced** (209) 385-7550 • **Condado de Orange** (714) 560-0424 • **Condados de Riverside y San Bernardino** (909) 256-8369 • **Condado de San Diego** (858) 565-1392 • **Condado de Santa Clara** (408) 350-3200 • **Condado de San Joaquín** (916) 376-8915 • **Condado de Stanislaus** (209) 558-8698
TTY	711 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.

Método	Información de contacto del Programa de asesoramiento y defensa para seguros de salud (HICAP) (SHIP de California)
ESCRIBA A	**Fresno County** Valley Caregiver Resource Center 3845 N. Clark, Suite 201 Fresno, CA 93726 **San Joaquín County** Legal Services of Northern California, Inc. 3950 Industrial Blvd., Suite 500 West Sacramento, CA 95691 **Los Angeles County** Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 **Stanislaus County** Dept. of Aging and Veteran Services 121 Downey Avenue, Suite 102 Modesto, CA 95354 **Merced County** Merced County Area Agency on Aging 851 West 23rd Street Merced, CA 95340 **Orange County** Council on Aging – Orange County 2 Executive Circle, Suite 175 Irvine, CA 92614 **Riverside and San Bernardino County** 9121 Haven Ave, Suite 220 Rancho Cucamonga, CA 91739 **San Diego County** Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123 **Santa Clara County** Sourcewise Community Resource Solutions 2115 The Alameda San Jose, CA 95126
PÁGINA WEB	https://cahealthadvocates.org/hicap/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (la paga Medicare para verificar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare)

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

Livanta está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe ponerse en contacto con Livanta:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada (SNF) o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de Livanta (Organización para la mejora de la calidad de California)
LLAME AL	1-877-588-1123 (de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. y sábados, domingos y feriados de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.)
TTY	1-855-887-6668 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
PÁGINA WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

La Administración del Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. El Seguro Social maneja el proceso de inscripción en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar a la Administración del Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por sus coberturas para medicamentos de la Parte D por tener ingresos más elevados. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que usted debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho significativo en su vida, puede ponerse en contacto con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se ponga en contacto con el Seguro Social para informarles.

Método	Información de contacto del Seguro Social
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m.
PÁGINA WEB	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. En California, este programa se llama Medi-Cal. Algunos beneficiarios de Medicare también pueden reunir los requisitos para ser beneficiarios de Medi-Cal.

Además, hay programas que se ofrecen a través de Medi-Cal que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, por ejemplo, sus primas de Medicare. Estos "Programas de ahorros de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB]).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que cumple con los requisitos (QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, póngase en contacto con la oficina de la agencia de su condado de residencia como se muestra en la siguiente tabla.

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios de Salud de California/Atención médica administrada de Medi-Cal
LLAME AL	Oficina de la agencia para el **condado de Fresno**: Departamento de Servicios Humanos 1-855-832-8082 (número gratuito) (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.) 1-559-600-1377 (asistencia automática) (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.) Oficina de la agencia para el **condado de Los Angeles**: Departamento de Servicios Sociales Públicos: 1-877-597-4777 (número gratuito) (de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m.) 1-866-613-3777 (centro de servicio al cliente) (de lunes a viernes, de 7:30 a.m. a 5:30 p.m.)

Método	Información de contacto del Departamento de Servicios de Salud de California/Atención médica administrada de Medi-Cal
	Oficina de la agencia para el **condado de Merced**: Agencia de Servicios Humanos: 1-209-385-3000 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.) Oficina de la agencia para el **condado de Orange**: Agencia de Servicios Sociales - Centros regionales del condado de Orange Anaheim: 1-714-575-2400 (de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.) Santa Ana: 1-714-435-5800 (de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.) Aliso Viejo: 1-714-541-4895 (de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.) Garden Grove: 1-714-541-4895 (de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.) Oficina de la agencia para los **condados de Riverside y San Bernardino**: Departamento de Servicios Sociales Públicos 1-800-274-2050 (de lunes a jueves, de 7:30 a. m. a 5:30 p. m., y los viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.) Oficina de la agencia para el **condado de San Diego**: Agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos: 1-866-262-9881 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.) Oficina de la agencia para el **condado de Santa Clara**: Agencia de Servicios Sociales: 1-408-758-3800 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.) Oficina de la agencia para el **condado de Stanislaus**: Agencia de Servicios Comunitarios: **Condado:** 1-877-652-0734 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.) Oficina de la agencia para el **condado de San Joaquín**: Agencia de Servicios Humanos: 1-209-468-1000 (de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)
TTY	1-800-735-2922 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla.
ESCRIBA A	P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
PÁGINA WEB	www.medi-cal.ca.gov

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

Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Ayuda adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si cumple con los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados. Esta "Ayuda adicional" también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Las personas con recursos e ingresos limitados pueden cumplir con los requisitos para recibir la "Ayuda adicional". Algunas personas cumplen con los requisitos para la "Ayuda adicional" de forma automática y no necesitan presentar la solicitud. Medicare envía por correo una carta a las personas que cumplen con los requisitos para la "Ayuda adicional" de forma automática.

Usted puede obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos recetados. Para saber si cumple con los requisitos para recibir "Ayuda adicional", llame:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
- A la Oficina de Medicaid de su estado (solicitudes) (para obtener información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que cumple con los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento recetado está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago correcto, o que le permite entregarlas si es que ya tiene las pruebas.

- Blue Shield of California Promise Health Plan aceptará los siguientes documentos como evidencia de su nivel de copago correcto. Como miembro de Blue Shield of California Promise Health Plan, usted puede proporcionar estos documentos por correo o por fax o lo puede hacer su farmacéutico, abogado, representante, familiar u otra persona que actúe en su nombre. Todo documento que presente debe mostrar que usted fue elegible para recibir Medicaid durante un mes, después del mes de junio del año calendario anterior:
    - Una copia de la tarjeta de Medicaid en la que figure su nombre y la fecha de elegibilidad.
    - Una copia de algún documento del estado que confirme su condición activa en Medicaid.

- Una impresión del archivo electrónico de inscripción del estado en el que se muestre su condición en Medicaid.
- Una impresión de la pantalla del sistema de Medicaid del estado en el que se muestre su condición en Medicaid.
- Otro documento proporcionado por el estado en el que se muestre su condición en Medicaid durante el mes después de junio del año anterior.
- Una copia de la carta de aprobación de la Administración del Seguro Social (SSA) en el caso de las personas que se consideren elegibles, pero que soliciten el subsidio por bajos ingresos (LIS) y que sean elegibles para dicho subsidio.
- El "aviso de otorgamiento" del ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI), con la fecha de entrada en vigor.

Si no tiene los documentos mencionados anteriormente como evidencia de elegibilidad para obtener ayuda adicional, pero considera que cumple con los requisitos, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare brinda descuentos del fabricante para los medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa del período sin cobertura y que no estén recibiendo "Ayuda adicional". Para los medicamentos de marca, el descuento del 70% aplicado por los fabricantes excluye cualquier costo de suministro por los costos de la etapa sin cobertura. Los miembros pagan el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro para los medicamentos de marca.

Si alcanza la etapa del período sin cobertura, automáticamente le aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por su receta y su Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento aplicado. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. El monto pagado por el plan (5%) no se considera para los costos que paga de su bolsillo.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza la etapa del período sin cobertura, el plan paga el 75% del precio por los medicamentos genéricos y usted el 25% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%)

no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura. También, el costo de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare se encuentra disponible en todo el país. Debido a que Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan ofrece cobertura adicional durante la etapa del período sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo, en ocasiones, serán inferiores a los costos aquí mencionados. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa del período sin cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre la posibilidad de descuentos para los medicamentos que está tomando, o acerca del Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare en general, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?
¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/SIDA a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP cumplen con los requisitos para recibir la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados. Puede ponerse en contacto con el ADAP en California llamando al 1-844-421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o visitando su sitio web en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. Nota: para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen el comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, de ingresos bajos según lo definido por el estado y de estado de sin seguro o infraseguro.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este puede continuar proporcionándole la asistencia de costo compartido para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para los medicamentos incluidos en el formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, notifique al encargado de inscripciones del ADAP de su área sobre cualquier cambio en el número de póliza o el nombre del plan de la Parte D de Medicare. Puede ponerse en contacto con el ADAP de California llamando al (844) 421-7050 o visitando su sitio web en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al ADAP del Departamento de Salud Pública de California al 1-844-421-7050 o visite su sitio web en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para poder cubrir los costos de los medicamentos recetados? ¿Obtiene los descuentos?

No. Si recibe "Ayuda adicional", usted ya tiene una cobertura para los costos de medicamentos recetados durante la etapa del período sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y cree que debería tenerlo?

Si considera que ha alcanzado el período sin cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por el medicamento de marca, deberá revisar el próximo aviso de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, deberá ponerse en contacto con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados estén correctos y actualizados. Si consideramos que no le corresponde un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, póngase en contacto con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de ayuda (HelpLine) automática de la RRB y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere el uso de un equipo de teléfono especial y solo debe ser utilizado por personas con problemas auditivos o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.

Método	Información de contacto de la Junta de jubilación para ferroviarios
PÁGINA WEB	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o al Departamento de Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos recetados a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

CAPÍTULO 3

Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

Capítulo 3. Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 49

Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?..... 49

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan 49

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica 51

Sección 2.1 Debe elegir a un médico de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica 51

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la aprobación de su PCP por adelantado? 52

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red 53

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red..... 54

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 55

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica 55

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios 56

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre..... 57

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 58

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 58

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total..... 58

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"? 59

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?..... 59

Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada cosa?..... 60

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" 61

Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?..... 61

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan? 61

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 62

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan? 62

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

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. En él se incluyen definiciones de términos y se explican las normas que deberá respetar para obtener tratamientos médicos, servicios y otro tipo de atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

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

A continuación, encontrará algunas definiciones que pueden ser útiles para que comprenda cómo puede obtener la atención y los servicios cubiertos como miembro de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. 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 han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago pleno. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un médico de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una "remisión". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber lo que significa servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización del plan antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo conseguir una aprobación para consultar con un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
  - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está temporalmente fuera del área de servicio del plan.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red para obtener atención médica

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

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

El PCP es un médico que cumple con determinados requisitos estatales y tiene la formación necesaria para brindar atención médica básica. Un PCP puede ser un médico de familia, un médico de cabecera o un proveedor de medicina interna. Usted obtendrá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también puede coordinar el resto de los servicios cubiertos que necesite. Estos servicios cubiertos incluyen los siguientes:

- radiografías;
- análisis de laboratorio;
- terapias;
- atención de médicos que son especialistas;
- ingresos en el hospital; y
- atención de seguimiento.

Los PCP de nuestro plan están afiliados a ciertos grupos médicos. Cuando elige su PCP, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su PCP lo remitirá a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico.

En la mayoría de los casos, debe consultar con su PCP para obtener una remisión antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica o especialista. Se puede autorremitir a un especialista en obstetricia y ginecología (OB-GYN) dentro de nuestro grupo médico o una asociación de médicos independientes (IPA) contratado para realizarse una prueba de Papanicolaou, un examen pélvico y un examen de mamas de rutina por año. Una vez que el grupo médico del PCP aprueba la remisión, puede programar una cita con el especialista u otro proveedor para recibir el tratamiento que necesita. El especialista informará a su PCP cuando finalice su tratamiento o el servicio para que su PCP pueda continuar administrando su atención.

Para que usted reciba ciertos servicios, su PCP necesitará obtener la aprobación por adelantado del Plan o, en algunos casos, del grupo médico afiliado de su PCP. Esta aprobación por adelantado se denomina "autorización previa". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.

¿Cómo elige al PCP?

Cuando es miembro de nuestro plan, usted debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Para elegir a su PCP, usted puede:

- Utilizar su *Directorio de proveedores y farmacias*. Buscar en el índice de "Médicos de atención primaria" que se encuentra en el reverso del directorio para encontrar el médico que desea. (El índice se encuentra en orden alfabético por los apellidos de los médicos).

- Visitar nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/medicare y buscar el PCP que desea.
- Llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener ayuda.

Si usted es un nuevo miembro inscrito en nuestro plan, le indicaremos sus opciones de PCP en su formulario de inscripción.

Para averiguar si el proveedor de salud que desea se encuentra disponible o si acepta pacientes nuevos, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para los miembros.

Si hay un especialista u hospital de Blue Shield of California Promise Health Plan en particular que usted desea usar, o si actualmente consulta a un especialista o recibe servicios, es importante que vea si están afiliados al grupo médico de su PCP. Puede consultar el *Directorio de proveedores y farmacias* o el Departamento de Servicios para los miembros puede verificar si el PCP que desea realiza remisiones a ese especialista o usa ese hospital.

¿Cómo cambia de PCP?

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar un nuevo PCP. Si cambia de PCP, es posible que no pueda consultar a los especialistas ni acudir a los hospitales específicos a los que el PCP brinda remisiones.

Para cambiar de PCP, llame al Departamento de Servicios para los miembros. Si llama antes del día 15 del mes, el cambio a un nuevo PCP y grupo médico afiliado entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

El nombre y el número de teléfono de la oficina de su PCP se encuentran impresos en su tarjeta de miembro. Si cambia de PCP, recibirá una nueva tarjeta de miembro.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la aprobación de su PCP por adelantado?

Puede obtener los servicios que se detallan a continuación sin tener la aprobación de su PCP por adelantado.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.

- Servicios de urgencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no es posible comunicarse con ellos (por ejemplo, cuando usted está transitoriamente fuera del área de servicio del plan).
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame al Departamento de Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio. En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, se presentan algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando necesite atención especializada o servicios adicionales que su PCP no puede brindar, este le dará una remisión. Una vez que el grupo médico del PCP aprueba la remisión, puede programar una cita con el especialista u otro proveedor para recibir el tratamiento que necesita. El especialista informará a su PCP cuando finalice su tratamiento o el servicio para que su PCP pueda continuar administrando su atención.

Su PCP necesitará obtener una aprobación por adelantado del plan para que usted reciba ciertos servicios. Esta aprobación por adelantado se denomina “autorización previa”. Por ejemplo, se requiere autorización previa para todas las hospitalizaciones que no sean emergencias. En algunos casos, el grupo médico afiliado de su PCP, en lugar de nuestro plan, puede autorizar el servicio.

Si tiene alguna pregunta sobre quién es responsable de enviar y aprobar las autorizaciones previas para los servicios, póngase en contacto con el grupo médico afiliado de su PCP. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros. Para obtener más información sobre los servicios que requieren autorización previa, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan?

Durante el año, es posible que realicemos cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de estar en su plan, pero si su médico o especialista deja de estar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque los proveedores de nuestra red pueden cambiar durante el año, Medicare solicita que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas que cumplan con los requisitos.
- Realizaremos nuestro mayor esfuerzo para enviarle un aviso en el cual se le explicará que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación, para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor que cumpla con los requisitos para que continúe administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor que cumple con los requisitos para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Le enviaremos una carta para notificarle de este cambio en nuestra red, al menos, treinta (30) días antes. Además, usted puede llamar a su PCP, al grupo médico afiliado de su PCP o al Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield of California Promise Health Plan (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para obtener asistencia sobre cómo identificar otras opciones para su atención.

Sección 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Debe obtener autorización del plan o del grupo médico de su PCP antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una **"emergencia médica"** ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Si la necesita, llame para pedir una ambulancia. *No* es necesario que primero obtenga la aprobación o la remisión del PCP.
- **Asegúrese lo antes posible de que le hayan avisado al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted o alguna otra persona deben llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Llame al Departamento de Servicios para los miembros al 1-800-544-0088 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. Nuestro número del Departamento de Servicios para los miembros también se encuentra en su tarjeta de miembro.

¿Qué cobertura tiene en el caso de una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. El plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este folleto.

Blue Shield of California Promise Health Plan ofrece cobertura internacional de emergencia/urgencia como un beneficio complementario que cubre los servicios médicos de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos. Para obtener información, consulte "Atención de emergencia" y "Servicios de urgencia" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le están brindando atención de emergencia para colaborar en el manejo y el seguimiento de su atención. Los médicos que le

brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la condición y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. El plan cubre la atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención apenas su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las normas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" se refieren a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. La enfermedad imprevista podría ser una exacerbación imprevista de una enfermedad conocida que tenga.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Siempre debe intentar recibir los servicios de urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente y no sería razonable esperar para obtener la atención mediante su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Para tener acceso a servicios de urgencia durante el horario de atención, puede hacer lo siguiente:

- Llamar al consultorio de su PCP y preguntar si puede otorgarle una cita de inmediato.
- Llame al Departamento de Servicios para los miembros para que lo transfieran a un centro de atención de urgencia de la red (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Para tener acceso a servicios de urgencia fuera del horario de atención, puede hacer lo siguiente:

- Llamar a la Línea de enfermería de Blue Shield of California Promise Health Plan al 1-800-609-4166 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. La enfermera puede enviarlo a un centro de atención de urgencia de la red.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan y tiene una necesidad urgente de recibir atención?

Cuando está fuera del área de servicio y no puede recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan le cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan también cubre atención de emergencia y servicios de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios con un límite de $25,000 de cobertura del plan. Consulte "Atención de emergencia" y "Servicios de atención de urgencia" en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 de este folleto para obtener más información sobre cuánto debe pagar.

Si necesita atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios, llame sin cargo a Blue Shield Global Core Services Center al (800) 810-2583, o llame a cobro revertido al (804) 673-1177, las 24 horas, los siete días de la semana. En caso de emergencia, acuda directamente al hospital más cercano. También debe llamar al número del Departamento de Servicios para los miembros que figura en la parte posterior de su tarjeta de identificación de miembro. Como parte de este servicio, para la atención para pacientes hospitalizados, puede comunicarse con Blue Shield Global Core Services Center para coordinar el acceso sin efectivo. Si coordina el acceso sin efectivo, usted es responsable de los gastos habituales que paga de su bolsillo, como cargos y copagos no cubiertos. Si no coordina el acceso sin efectivo, deberá pagar la factura completa por su atención médica y presentar una solicitud de reembolso (consulte el Capítulo 2, Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió).

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir la atención a través de su plan.

Visite la página web www.blueshieldca.com/promise/medicare para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Generalmente, si no puede consultar a un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener la atención de proveedores fuera de la red a un costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

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

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

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

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, los que se encuentran en la Tabla de beneficios del plan (esta tabla está en el Capítulo 4 de este folleto), y los que cumplen con las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que no cubra el plan, ya sea porque se trate de servicios que el plan no cubre o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene alguna duda sobre si pagaremos algún tipo de atención o servicio médico que piensa obtener, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de que lo reciba. También tiene el derecho de solicitarlo por escrito. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención.

En el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener más información (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Para los servicios cubiertos que tienen un límite para los beneficios, usted paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos adicionales que pague después de que se llegue al límite del beneficio no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte el

Capítulo 4 para obtener información adicional sobre los límites de beneficios y los montos máximos que paga de su bolsillo. Si quiere saber cuánto ha utilizado del límite del beneficio, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"?

Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?

Un estudio de investigación clínica (también denominado un "estudio clínico") es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Los médicos y científicos prueban nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, para lo cual piden la colaboración de voluntarios para el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las fases finales del proceso de investigación que ayuda a los médicos y científicos a determinar si un nuevo enfoque funciona y es seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están abiertos a la participación de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguien que trabaja en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle los detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio, *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que el plan o el PCP lo aprueben. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de investigación clínica**.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los

números de teléfono) para informarle que participará en un estudio clínico y para conocer los detalles específicos sobre qué costos pagará su plan.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cobertura para productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de los gastos en Original Medicare y su participación en los costos como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio, igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan.

> *A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:* supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros $10. Esto significa que usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría conforme a los beneficios de nuestro plan.

Para que podamos pagar la parte que nos corresponde de los costos, es necesario que envíe una solicitud de pago. Junto con la solicitud, es necesario que envíe una copia de sus Avisos de resúmenes de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibía como parte del estudio y cuánto debe. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagará nada de lo siguiente**:

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.

- Los productos y servicios que el estudio le brinde a usted, o a cualquier participante, de forma gratuita.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requiriese una sola tomografía.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica), que se encuentra disponible en la página web de Medicare (https://www.medicare.gov). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"

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

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un establecimiento que brinda atención para una condición que, normalmente, se trataría en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Puede optar por recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención no médica). Medicare solo pagará los servicios de atención no médica que se presten en instituciones religiosas de atención sanitaria no médica.

Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica cubre nuestro plan?

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico que "no esté exceptuado".

- La atención o el tratamiento médico que "no estén exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médico *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

- La atención o el tratamiento médico "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* se consideran voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplicarán las siguientes condiciones:
    - Debe tener una condición médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes hospitalizados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - *Y* debe obtener la aprobación del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites en la cobertura de atención para pacientes hospitalizados en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para pacientes diabéticos, dispositivos para generar el habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, encontrará información sobre otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.

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

Si no obtuvo la posesión del DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos por el artículo después de cambiar a Original Medicare para tener la posesión del artículo. Los pagos que realizó mientras estaba en el plan no se considerarán para los 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el DME en Original Medicare *antes* de unirse a nuestro plan, estos pagos anteriores tampoco se tendrán en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de volver a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. No hay excepciones a este caso cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

Capítulo 4. Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 66

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos 66

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y Parte B de Medicare? 66

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le "facturen saldos" 67

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 68

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan 68

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan? 135

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones) 135

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y lo que le corresponde pagar por sus beneficios médicos Aquí encontrará una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites en determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

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

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para Medi-Cal (Medicaid) o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) nunca deberían pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle la evidencia de que cumple con los requisitos para Medi-Cal (Medicaid) o QMB a su proveedor, si corresponde. Si considera que le están pidiendo que pague algo que no le corresponde, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 a continuación). Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, lo máximo que deberá pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red en 2020 será $6,700. Los montos que paga por los deducibles, copagos y coseguros para los servicios

cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por las primas de su plan y los medicamentos recetados de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo). Además, los montos que paga por algunos servicios no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo de $6,700 que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. No obstante, debe seguir pagando la prima de su plan y la de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen saldos”

Como miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, una protección importante para usted es que, después de alcanzar los deducibles, solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados “facturación de saldos”. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como se estipula en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión).

- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos de las páginas siguientes enumera los servicios cubiertos por Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros y los equipos) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En el Capítulo 3, se incluye información sobre los requisitos necesarios para utilizar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted tiene un médico de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una "remisión". En el Capítulo 3, se incluye información sobre cómo obtener una remisión y las situaciones en las que no necesita una.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con itálica en la Tabla de beneficios médicos.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2020* (Medicare y usted 2020). Revíselo en línea en https://www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si recibe tratamiento o se somete a un control debido a una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha condición médica.
- A menudo, Medicare agrega la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2020, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	Copago de $0 por visita para 24 visitas como máximo por año.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención solo si se trata de un miembro cuya condición médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El transporte en ambulancia, si no se trata de una emergencia, es adecuado si se documenta que la condición del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.*	20% del costo para beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare *El costo compartido se aplica a viajes de ida o de vuelta.*
Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**: su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No obstante, no es necesario haber realizado la visita “Bienvenido a Medicare” para estar cubierto para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para visitas anuales de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que cumplan con los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluso la interpretación de los resultados por parte del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medición de la masa ósea (continuación) *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	
Prueba detección de cáncer de mama (mamografías) *Nota: se recomienda una cita con anticipación.* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más • exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de control cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo para servicios cubiertos por Medicare.
Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina *Nota: se recomienda una cita con anticipación.* Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o vaginal, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en el plazo de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Solo cubrimos la manipulación de la columna para corregir una subluxación. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo por visita para todos los servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal Para las personas de 50 años o más, están cubiertos los siguientes estudios: • sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses Una de las siguientes pruebas cada 12 meses: • análisis de sangre oculta en la materia fecal de guayacol (gFOBT) • prueba inmunoquímica fecal (FIT) • prueba de ADN para la detección de cáncer colorrectal cada 3 años Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal cubrimos lo siguiente: • colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente: • colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal o un enema de bario cubierto por Medicare.
Servicios odontológicos *Nota: la atención odontológica cubierta por Medicare asociada a los eventos cubiertos por Medicare, por ej., traumatismo, requiere nuestra remisión.*	Consulte la Tabla de *procedimientos de beneficios odontológicos de rutina* al final de la *Tabla de beneficios médicos* para obtener una lista de los procedimientos odontológicos cubiertos y

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios odontológicos (continuación) En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos: • atención odontológica de rutina • exámenes bucales • profilaxis (limpieza) • radiografías dentales • atención odontológica adicional • servicios de emergencia/que no sean de rutina • servicios de diagnóstico • servicios de restauración • endodoncias, periodoncias y extracciones • prostodoncia, otras cirugías bucales/maxilofaciales, otros servicios odontológicos Consulte la *Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina* al final de la *Tabla de beneficios médicos* para obtener información completa sobre su beneficio odontológico. Se pueden aplicar límites de beneficios, autorizaciones y remisiones a determinados servicios odontológicos. No se requiere autorización/remisión para los servicios odontológicos, pero es posible que se requiera autorización previa para el beneficio de su proveedor del beneficio odontológico.	lo que le corresponde pagar.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una visita anual para la prueba de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para pruebas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.	Copago de $0 para suministros para la diabetes, excepto glucómetros. Para los glucómetros, consulte la sección “Equipo médico duradero y suministros relacionados”. 20% del costo para zapatos terapéuticos. Copago de $0 para capacitación para el autocontrol de la diabetes.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta siempre que se cumpla con determinados requisitos. Blue Shield of California Promise Health Plan se enorgullece de cubrir los glucómetros y las tiras reactivas FreeStyle® de Abbott Diabetes Care. No se necesitará que su médico obtenga la aprobación del plan por adelantado (a veces denominada "autorización previa") para los glucómetros y las tiras reactivas FreeStyle®. Se necesitará que su médico obtenga la aprobación del plan por adelantado (a veces denominada "autorización previa") para los glucómetros y las tiras reactivas de todos los demás fabricantes. Esto le brinda los beneficios de la tecnología de vanguardia que ofrecen los sistemas de medición de glucosa en sangre FreeStyle®, tales como los siguientes: • glucómetros fáciles de usar y sin codificación • pruebas prácticamente indoloras gracias a la muestra de sangre más pequeña del mundo • mayor flexibilidad para medir la glucosa en una mayor variedad de lugares de su cuerpo • soporte técnico y capacitación en glucómetros las 24 horas • acceso telefónico a educadores en diabetes certificados, enfermeras registradas y nutricionistas registrados Blue Shield of California Promise Health Plan cubre **solo** la siguiente lista de suministros para pacientes diabéticos (se necesitará que su médico obtenga la aprobación del plan por adelantado [a veces denominada "autorización previa"] para las tiras reactivas de todos los demás fabricantes): **Glucómetros** • glucómetro FreeStyle InsuLinx	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) • glucómetro FreeStyle Lite • glucómetro FreeStyle Freedom Lite • glucómetro Precision Xtra **Tiras reactivas** • tiras reactivas FreeStyle InsuLinx: 50 unidades • tiras reactivas FreeStyle InsuLinx: 100 unidades • tiras reactivas FreeStyle: 50 unidades • tiras reactivas FreeStyle: 100 unidades • tiras reactivas FreeStyle Lite: 50 unidades • tiras reactivas FreeStyle Lite: 100 unidades • tiras reactivas Precision Xtra: 50 unidades • tiras reactivas Precision Xtra: 100 unidades tiras reactivas para betacetona Precision Xtra: 10 unidades *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "equipo médico duradero"). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todos los DME que sean médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su	20% del costo para cada artículo cubierto por Medicare, excepto glucómetros. Copago de $0 para glucómetros FreeStyle® y el 20% del monto permitido por Medicare para todos los demás fabricantes.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) área no trabaja con una marca o fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.*	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que cumplen con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida, una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente. Los costos compartidos de los servicios de emergencia proporcionados fuera de la red son los mismos que se pagan para los servicios proporcionados dentro de la red. • Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.	20% del costo para visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. Copago de $100 por visita para cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo. (Este copago no se aplica si ingresa en un hospital en un plazo de un día por la misma afección). Usted tiene un límite combinado anual de $25,000 para servicios de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos por año. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no se aplican al límite máximo del plan de costos que paga de su bolsillo. Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de emergencia (continuación)	condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, *O BIEN,* si debe recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.
Programas educativos sobre salud y bienestar	
Programas que le ayudan a mantenerse saludable. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • materiales educativos impresos sobre la salud, incluidos boletines informativos • programas educativos	Copago de $0 para materiales educativos impresos sobre la salud, incluidos boletines informativos.
Programas educativos que se centran en afecciones, como las siguientes: • presión arterial alta • colesterol • asma • dieta especial Programas educativos diseñados para enriquecer su salud y estilo de vida, incluidos los siguientes: • control del peso • acondicionamiento físico • control del estrés	Copago de $0 para programas educativos brindados en un lugar aprobado por el plan.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)	
Programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers® Ejercicio, educación y actividades sociales con acceso a lo siguiente: • Miles de lugares de acondicionamiento físico en todo el país que puede usar en cualquier momento. • Equipos para realizar ejercicio y clases de SilverSneakers. • Eventos y actividades sociales. • Clases de SilverSneakers FLEXTM, como yoga, ritmos latinos y taichí.	Copago de $0 para el programa de acondicionamiento físico de SilverSneakers.
Línea de Enfermería de Blue Shield of California Promise Health Plan La Línea de Enfermería de Blue Shield Promise Health Plan ofrece apoyo con personal de enfermería registrado disponible para responder preguntas las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Llame a la Línea de Enfermería al 1-800-609-4166 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. El personal de enfermería está disponible por teléfono para responder preguntas generales de salud y ofrecer instrucciones sobre recursos adicionales para obtener más información. Con la Línea de Enfermería, los miembros pueden obtener un resumen de la conversación en su correo electrónico que incluye toda la información y enlaces para facilitar la consulta.	Copago de $0 para la Línea de Enfermería.
Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS): un sistema de monitoreo de alerta médica que brinda acceso a la ayuda durante las 24 horas, los 7 días de la semana, con solo presionar un botón. Sus beneficios de PERS son provistos por LifeStation® e incluyen lo siguiente: • un sistema personal de respuesta ante emergencias • elección de un sistema en el hogar o dispositivo móvil con GPS/WiFi	Copago de $0 para el Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) • monitoreo mensual • cargadores y cables necesarios Para obtener el Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) y comenzar a recibir servicios, llame al equipo de LifeStation al 1-855-672-3269 (TTY 711), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana o visite www.blueshieldca.com/promise/pers.	
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su PCP para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • exámenes auditivos de diagnóstico • exámenes auditivos de rutina (no cubiertos por Medicare) • audífonos • evaluación para la colocación de audífonos *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo para los exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare. Copago de $0 para un (1) examen auditivo de rutina (no cubierto por Medicare) por año. Copago de $0 para una (1) evaluación y colocación de audífonos por año. Copago de $0 para dos (2) audífonos como máximo por año. Límite de cobertura del plan de $2,000 por año para audífonos (ambos oídos combinados).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Prueba de detección de VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o atención médica a domicilio de forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y de atención de la salud en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	Copago de $0 por cada visita de atención médica a domicilio cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cuidados para enfermos terminales Es posible que reciba atención a través de un programa de centro para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted será elegible para el beneficio de centro para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del centro para enfermos terminales le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. El médico del centro para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • atención de relevo a corto plazo • atención médica a domicilio <u>Para los servicios en un centro para enfermos terminales y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal</u>: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará sus servicios en un centro para enfermos terminales relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de centro para enfermos terminales, su proveedor del centro para enfermos terminales facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. <u>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal</u>: si necesita servicios que no sean de urgencia ni de emergencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo pagará el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.	Cuando se inscribe en un programa de un centro para enfermos terminales certificado por Medicare, los servicios del centro para enfermos terminales y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal los paga Original Medicare y no Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cuidados para enfermos terminales (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare). Para los servicios cubiertos por Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su diagnóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?*). **Nota:** si necesita cuidados que no sean para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debería contactarnos para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta con centros para enfermos terminales (una única vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de centros para enfermos terminales.	Copago de $0 para servicios de consulta en centros para enfermos terminales (una única vez).
Inmunizaciones *Nota: se recomienda una cita con anticipación.* Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe y hepatitis B.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Inmunizaciones (continuación) • Vacunas contra la gripe, una vez para cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B si corre riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.	
Atención para pacientes hospitalizados *Nota: salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado al hospital.* Incluye cuidados agudos, rehabilitación para pacientes hospitalizados, servicios hospitalarios de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día antes de recibir el alta es su último día como paciente hospitalizado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.	Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital de la red: Días 1 a 60: $1,408 deducible Días 61 a 90: copago de $352 por día. Días 91 a 150: $704 copago de por día de reserva de por vida (hasta 60 días de por vida). Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido. Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red una vez que se haya estabilizado la condición que causó la emergencia, el costo que le corresponde

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados (continuación) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados. • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la evaluación de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se brindan fuera del patrón de atención de la comunidad, usted puede elegir recibir sus servicios de trasplante localmente, siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan brinda servicios de trasplante en un lugar que se encuentra fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar, coordinaremos o pagaremos el costo de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Servicios médicos.	pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención para pacientes hospitalizados (continuación) **Nota:** para ser un paciente hospitalizado, su proveedor deberá redactar la orden de admisión hospitalaria formal. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados *Nota: salvo en caso de emergencia, su médico debe informar al plan que usted será ingresado al hospital.* Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Hay un límite de por vida de 190 días en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. El uso previo en virtud de Medicare se incluye en el máximo de por vida (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare). El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	Tiene cobertura para 150 días por cada período de beneficios, hasta el límite de por vida de 190 días. Por cada hospitalización cubierta por Medicare en un hospital de la red, le corresponde pagar lo siguiente: Deducible de $1,408 para los días 1 a 60. Copago de $352 por día para los días 61 a 90. Copago de $704 por día de reserva de por vida (hasta

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados (continuación) *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	60 días de por vida) para los días 91 a 150. Un período de beneficios comienza con el primer día de la hospitalización cubierta por Medicare y finaliza con el cierre de un período de 60 días consecutivos, durante los cuales no está hospitalizado en un hospital o centro de atención de enfermería especializada. Se aplica un deducible por admisión una vez durante el período de beneficios definido.
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta Como se describió anteriormente, el plan cubre una cantidad ilimitada de días por período de beneficios para atención para pacientes hospitalizados y hasta 190 días (de por vida) para la atención de la salud mental para pacientes hospitalizados, y hasta 100 días por período de beneficios para atención en centros de atención de enfermería especializada (SNF).	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta (continuación) Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Servicios médicos.	• Copago de $0
• Exámenes de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).	• Copago de $0
• Tratamiento con radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.	• 20% para productos cubiertos por Medicare.
• Vendajes quirúrgicos.	• 20% del monto permitido por Medicare.
• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.	• 20% del monto permitido por Medicare.
• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.	• 20% del monto cubierto por Medicare para artículos cubiertos por Medicare.
• Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y sustituciones que se necesiten debido a roturas, desgaste, pérdida o cambio en el estado físico del paciente.	• 20% del monto cubierto por Medicare para artículos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Estadía como paciente hospitalizado: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	• 20% para productos cubiertos por Medicare.
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante con una remisión del médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	No se requiere coseguro, copago ni deducible para miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare. MDPP es una intervención estructurada para el cambio de conducta con respecto a la salud que brinda capacitación	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) (continuación) práctica sobre el cambio de la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas con el objetivo de superar desafíos en torno a la pérdida de peso sostenible y la adopción de un estilo de vida saludable. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.*	
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos que no suelen ser administrados por el paciente y que se deben inyectar mientras recibe servicios médicos, servicios para pacientes ambulatorios o servicios en un centro quirúrgico ambulatorio (ASC). • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores si estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Antígenos. • Determinados medicamentos para el tratamiento del cáncer y las náuseas.	20% del costo para los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación) • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, que incluyen heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. **El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos recetados de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos recetados. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.** *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.*	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.
Servicios del programa de tratamiento con opioides Los servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	Copago de $0 para los Servicios del programa de tratamiento con medicamentos opioides cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios del programa de tratamiento con opioides (continuación) • Medicamentos para el tratamiento con agonistas y antagonistas opioides aprobados por la FDA, y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre el abuso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.	
Exámenes de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Otros exámenes de diagnóstico para pacientes ambulatorios. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	Copago de $0 para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. 20% del costo para exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare. 20% del costo para radiografías, servicios radiológicos terapéuticos y de diagnóstico cubiertos por Medicare. 20% del costo para suministros quirúrgicos y otros suministros cubiertos por Medicare. 20% del costo para el almacenamiento y la administración (a partir de la cuarta [4.ª] pinta) de sangre.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se ofrecen para determinar si usted necesita ser ingresado en el hospital como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se ofrecen por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de acreditación estatal y los estatutos del personal del hospital a ingresar pacientes al centro u ordenar exámenes para pacientes ambulatorios. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Copago de $0 para los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión.	20% del costo por cada visita a las instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente hospitalizado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos servicios preventivos y pruebas de detección. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar. **Nota:** a menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. Puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "¿Está usted hospitalizado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡consulte!". La hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Servicios de psiquiatría prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, profesional en enfermería, auxiliar médico u otro profesional de atención psiquiátrica calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo por visita para servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía ambulatoria. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio". *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo para cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare. 20% del costo por cada visita para servicios en un hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.
Productos de venta libre (OTC) Tiene derecho a una asignación trimestral de $200 para los medicamentos y suministros OTC que se enumeran en el catálogo OTC. Este beneficio es brindado por OTC Health Solutions, una compañía de CVS Health que trabaja en colaboración con Blue Shield of California Promise Health Plan. El catálogo de OTC incluye productos como aspirinas, vitaminas, preparaciones para el resfriado y la tos, y apósitos. Los productos como cosméticos y suplementos alimenticios no están cubiertos por este beneficio. El catálogo de medicamentos de venta libre y las instrucciones de pedido están disponibles en línea en blueshieldca.com/promise/medicareOTC. Puede pedir artículos por teléfono llamando al (888) 628-2770 de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. o en línea en blueshieldca.com/promise/medicareOTC. Los pedidos se enviarán sin costo adicional. Tenga en cuenta que la entrega demorará entre 7 y 10 días hábiles. Este beneficio entrará en vigencia el primer día de cada trimestre en enero, abril, julio y octubre. Puede realizar **un pedido** por trimestre y no puede trasladar su asignación sin utilizar al siguiente trimestre.	Copago de $0.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de hospitalización parcial La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que el que se brinda en el consultorio de un médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización del paciente. **Nota**: debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, solo cubrimos la hospitalización parcial como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas en el consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. • Visitas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos aquellos para afecciones que no sean de emergencia, como los siguientes: • síntomas de resfriado y gripe; • alergias; • bronquitis;	Copago de $0 por cada visita a un médico de atención primaria. Copago de $0 por cada consulta con un especialista. Copago de $0 para los beneficios odontológicos cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas en el consultorio del médico (continuación) • infección respiratoria; • problemas sinusales; • dermatitis; • infección ocular; • migraña; • y más. • Tiene la opción de recibir estos servicios en una visita en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, deberá utilizar un proveedor de la red que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud. Para obtener información adicional sobre cómo recibir servicios a través de telesalud, consulte la sección de Telesalud de esta tabla. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la ESRD para los miembros que se realizan autodiálisis en su hogar en un centro de diálisis renal en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un accidente cerebrovascular. • Consultas virtuales breves de entre 5 y 10 minutos (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico: si usted es un paciente regular y si la consulta virtual no está relacionada con una visita al consultorio dentro de los 7 días anteriores, ni tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación remota de imágenes o videos pregrabados que envía a su médico, lo que incluye la interpretación y el seguimiento de su médico dentro de las 24 horas, si usted es un paciente regular y si la evaluación remota no está relacionada con una visita al consultorio dentro de los 7 días anteriores, ni tiene como resultado una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible.	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas en el consultorio del médico (continuación) • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, internet o evaluación electrónica de historias clínicas, si usted es un paciente regular. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica, o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores. • Cuidado de rutina de los pies (no cubierto por Medicare). *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo por visita para servicios de podiatría cubiertos por Medicare. Copago de $0 por visita para el cuidado de rutina de los pies (no cubierto por Medicare) (máximo de 12 visitas por año con un límite de 1 visita por mes).

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Exámenes de detección de cáncer de próstata *Nota: se recomienda una cita con anticipación.* Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • tacto rectal digital • análisis del antígeno prostático específico (PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección). *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo para dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	20% del costo para servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubiertos por Medicare.
_Prueba de detección para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una prueba de detección para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) cada 12 meses. **Las personas inscritas son** personas de entre 55 y 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 30 paquetes por año, y que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, o que recibieron un pedido por escrito para una LDCT durante una visita de asesoría y toma de decisiones en conjunto sobre la prueba de detección del cáncer que reúne los criterios de Medicare para este tipo de consultas y que es proporcionada por un médico o profesional no médico calificado. *Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT después de la prueba de detección inicial mediante LDCT:* la persona inscrita debe recibir un pedido por escrito para una prueba de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede entregarse durante una visita adecuada con un médico o profesional no médico calificado. Si el médico o profesional no médico calificado deciden proporcionar una visita de asesoría y	No se requiere coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoría y toma de decisiones en conjunto ni para la LDCT cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
_Prueba de detección para el cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación) toma de decisiones en conjunto sobre la prueba de detección del cáncer para las pruebas subsiguientes de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de visitas.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos las pruebas de detección de ETS como clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el médico de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un médico de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de las personas con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicio educativo sobre la enfermedad renal de por vida.	• Copago de $0 por visita para servicios educativos sobre enfermedad renal.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales (continuación)	
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está transitoriamente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3).	• 20% del costo por cada tratamiento facturado por un proveedor de diálisis que cumpla con los requisitos y esté aprobado por Medicare. Usted paga el 20% del monto permitido por Medicare por cualquier medicamento usado durante el procedimiento.
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial).	• Incluidos en sus costos de atención para pacientes hospitalizados. Consulte la sección Atención para pacientes hospitalizados para obtener más información sobre lo que le corresponde pagar.
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).	• 20% del costo.
• Equipo y suministros para autodiálisis en su hogar.	• 20% del costo.
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).	• 20% del costo.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales (continuación) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección: "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare". *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse "SNF"). El plan cubre hasta 100 días para cada período de beneficios (en el Capítulo 12 de este folleto, encontrará una definición de "período de beneficios"). No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre total y de concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite; debe pagar por las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o donar la sangre	Por cada hospitalización en un centro de atención de enfermería especializada certificado por Medicare, le corresponde pagar lo siguiente: Copago de $0 por día para los días 1 a 20. Copago de $176 por día para los días 21 a 100. Un período de beneficios comienza con el primer día de la hospitalización cubierta por Medicare y finaliza con el cierre de un período de 60 días consecutivos, durante los cuales no está hospitalizado en un hospital o centro de atención de enfermería especializada.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) usted mismo o pedirle a alguien más que done. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos desde la primera pinta de sangre utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que habitualmente se realizan en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF. • Servicios de médicos o profesionales. Generalmente, obtendrá la atención en los SNF en los centros de la red. No obstante, en determinadas circunstancias que se detallan más abajo, es posible que pueda recibir su atención de un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.* *Debe hablar con su proveedor y obtener una remisión.*	

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro visitas personales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro visitas personales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para programas para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia de ejercicio supervisada (SET) La SET está cubierta para los miembros con enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática que tengan una remisión para dicha enfermedad del médico responsable de su tratamiento. Se cubre un máximo de 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicio terapéutico para la PAD en pacientes con claudicación. • Realizarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado que pueda asegurarse de que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en la terapia de ejercicio para PAD.	20% del costo para servicios cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Terapia de ejercicio supervisada (SET) (continuación) • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un auxiliar médico, un profesional en enfermería o un especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. La SET puede cubrirse para más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante una extensión del plazo, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	
Telesalud Teladoc ofrece consultas con un médico por teléfono o en línea. Los médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar afecciones médicas básicas y también pueden recetar determinados medicamentos. Teladoc es un servicio complementario que no pretende reemplazar la atención de su médico de atención primaria. Puede comunicarse con Teladoc por teléfono al 1-800-Teladoc las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o a través de un video seguro en línea en www.teladoc.com/bsc, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m., hora local.	Copago de $0.
Servicios de transporte: atención de rutina Blue Shield of California Promise Health Plan brinda transporte para los miembros del plan. El transporte se proporciona cuando es necesario para facilitar el acceso a la atención médica que no sea de emergencia, por ejemplo, visitas al consultorio del médico. ***Nota: el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield of California Promise Health Plan coordina los arreglos para el transporte. Los miembros deben comunicarse con Blue Shield of California Promise Health Plan al 1-877-433-2178 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., al menos 24 horas antes.*** *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios.*	Copago de $0 por cada viaje de ida a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan (limitado a 48 viajes de ida por año). *Los arreglos del transporte se deben realizar al menos veinticuatro (24) horas antes.*

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos de los servicios de emergencia proporcionados fuera de la red son los mismos que se pagan para los servicios proporcionados dentro de la red.	20% del costo para cada visita de atención de urgencia cubierta por Medicare. Copago de $100 por visita para cobertura internacional de emergencia/urgencia. (Este copago no se aplica si lo internan en un hospital durante un día por la misma afección).
• Cobertura de emergencia/urgencia en todo el mundo.	Usted tiene un límite anual combinado de $25,000 para servicios de atención de emergencia/urgencia fuera de los los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no aplican para el límite máximo que paga de su bolsillo del plan. Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que su condición de emergencia se estabilice, usted debe regresar a un hospital dentro de la red para que se siga cubriendo su atención, *O BIEN,* si debe recibir atención para pacientes

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Servicios de urgencia (continuación)	hospitalizados en un hospital fuera de la red que el plan autorice, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:	
• Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.	• 20% del costo para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones oculares.
Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen las siguientes: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de • 50 años o más y los estadounidenses de origen hispano de 65 años • o más.	• Copago de $0.
• Para las personas que padecen diabetes, la prueba de detección para retinopatía diabética se cubre una vez por año.	• Coseguro del 20%.
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	• Copago de $0 para un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

Servicios cubiertos	**Lo que usted debe pagar** cuando obtiene estos servicios
Cuidado de la vista (continuación) *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Para obtener información sobre cómo obtener las autorizaciones, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3.*	
Cuidado de la vista (no cubierto por Medicare) **Examen de la vista de rutina:** • Se limita a 1 examen por año. **Anteojos de rutina:** Hasta $500 para un par de anteojos (marcos y lentes) o lentes de contacto cada período de beneficios. Puede conservar cualquier saldo restante para usarlo posteriormente dentro del mismo período de beneficios. *Es posible que se apliquen normas de autorización para los servicios. Para obtener información sobre cómo obtener las autorizaciones, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3.*	**Examen de la vista de rutina:** • Copago de $0. **Anteojos de rutina:** Copago de $0; límite de cobertura del plan de $500 para anteojos cada dos (2) años. *Los servicios adicionales pueden estar sujetos a un copago o coseguro adicional.*
Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, indique que le gustaría programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".

Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina

Los beneficios odontológicos de rutina están incluidos para todos los miembros de este plan y cubren más de 150 procedimientos odontológicos comunes.

La siguiente Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina muestra los procedimientos odontológicos específicos cubiertos por el beneficio odontológico de rutina y lo que pagará por esos procedimientos. Los servicios enumerados son beneficios cubiertos cuando los brinda un odontólogo autorizado dentro de la red, y cuando sea necesario y habitual, según lo determinen los estándares generalmente aceptados de la práctica odontológica.

Importante: tenga en cuenta que no se cubren los procedimientos no enumerados.

Importante: algunos servicios odontológicos no están cubiertos en ninguna circunstancia (también conocidos como Exclusiones) y algunos servicios odontológicos solo están cubiertos en determinadas circunstancias específicas (también conocidas como Limitaciones).

Consulte las “Limitaciones generales” y las “Exclusiones generales” que se indican en esta tabla de beneficios para obtener más información.

Se proporcionarán beneficios para los procedimientos odontológicos específicos necesarios para tratar afecciones dentales graves, infecciosas, dolorosas o urgentes específicas, o cuando se brinden de manera coherente con el estándar de atención profesionalmente reconocido. El plan se reserva el derecho a que un director del plan dental revise administrativamente la documentación presentada relativa a las afecciones anteriores para la determinación de la cobertura.
Las afecciones caracterizadas por dolor agudo o infección incluyen las siguientes:

- Dolor agudo que requiere tratamiento de conducto inmediato.
- Dolor agudo que requiere extracción del diente o incisión y drenaje.
- Absceso periodontal agudo que requiere procedimientos periodontales de emergencia.

Las afecciones de restauración emergentes incluyen las siguientes:

- Un diente en proceso de restauración que comenzó como un empaste (restauración básica), pero debido a la magnitud de la caries/fractura encontrada en el curso de su restauración, ahora requiere que se coloque una corona colada (restauración mayor).

Los servicios se enumeran con el código de procedimiento de la Asociación Dental Americana (ADA) en función de la terminología odontológica actual. La ley federal requiere el uso del código de la ADA para informar procedimientos odontológicos. La ADA puede revisar ocasionalmente los códigos de procedimiento. Por lo tanto, el plan puede revisar esta lista de códigos según lo exige la ley. Puede obtener una lista actualizada de los códigos de la ADA poniéndose en contacto con el Departamento de Servicio al cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) al **(866) 247-2486** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los

feriados), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (TTY **711**).

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
	Servicios de diagnóstico	
D0120	Evaluación bucal periódica	$0
D0140	Evaluación bucal limitada: problema específico	$0
D0145	Evaluación bucal para un paciente menor de tres años y asesoramiento al cuidador principal	$0
D0150	Evaluación bucal integral: paciente nuevo o regular	$0
D0160	Evaluación bucal exhaustiva o detallada: problema específico, por informe	$0
D0170	Reevaluación, limitada, problema específico	$0
D0171	Reevaluación, limitada, visita al consultorio por problema específico	$5
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente nuevo o regular	$0
D0190	Prueba de detección de un paciente	$0
D0191	Evaluación de un paciente	$0
D0210	Intrabucal: serie completa de radiografías (1)	$0
D0220	Intrabucal: primera radiografía periapical	$0
D0230	Intrabucal: cada radiografía periapical adicional	$0
D0240	Intrabucal: radiografía oclusal	$0
D0250	Extrabucal: radiografía con proyección en 2D creada con el uso de una fuente de radiación fija y detector	$0
D0251	Extrabucal: radiografía dental posterior	$0
D0270	Aleta de mordida: una sola radiografía	$0
D0272	Aleta de mordida: dos radiografías	$0
D0273	Aleta de mordida: tres radiografías	$0
D0274	Aleta de mordida: cuatro radiografías	$0
D0277	Aleta de mordida vertical: de 7 a 8 radiografías	$0
D0322	Evaluación tomográfica (1)	$0
D0330	Radiografía panorámica (1)	$0
D0340	Radiografía cefalométrica en 2D: adquisición, medición y análisis (1)	$0
D0350	Fotografías bucales/faciales en 2D obtenidas de forma intrabucal o extrabucal (1)	$0
D0351	Fotografía en 3D (1)	$0
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	$0
D0425	Pruebas de susceptibilidad a caries	$0
D0460	Pruebas de vitalidad pulpar	$0

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D0470	Moldes de diagnóstico (1)	$0
D0472	Adición de tejidos, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito	$0
D0473	Adición de tejidos, examen microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	$0
D0474	Adición de tejidos, examen macro y microscópico, incluida la evaluación de márgenes quirúrgicos para determinar la presencia de enfermedades, preparación y transmisión de informe escrito	$0
D0601	Evaluación y documentación de riesgo de caries con determinación de riesgo bajo	$0
D0602	Evaluación y documentación de riesgo de caries con determinación de riesgo moderado	$0
D0603	Evaluación y documentación de riesgo de caries con determinación de riesgo alto	$0
D0999	Procedimiento de diagnóstico no especificado, por informe: incluye visitas al consultorio, por visita (además de otros servicios)	$0
	Servicios preventivos	
D1110	Profilaxis: adultos	$0
D1110	Limpieza de profilaxis adicional: adultos (dentro del período de 6 meses)	$45
D1120	Profilaxis (niños)	$0
D1120	Limpieza de profilaxis adicional: niños (dentro del período de 6 meses)	$35
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor	$0
D1208	Aplicación tópica de flúor (excepto barniz)	$0
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	$0
D1330	Instrucciones sobre la higiene bucal	$0
D1351	Sellador (por diente)	$10
D1352	Restauración preventiva con resina (diente permanente)	$10
D1353	Reparación de sellador (por diente)	$10
D1354	Aplicación provisional de medicamento contra caries (por diente)	$0
D1510	Mantenedores de espacio: fijos, unilaterales	$60
D1516	Mantenedores de espacio: fijos, bilaterales, maxilares	$60
D1517	Mantenedores de espacio: fijos, bilaterales, mandibulares	$60
D1520	Mantenedores de espacio: extraíbles, unilaterales	$70
D1526	Mantenedores de espacio: extraíbles, bilaterales, maxilares	$70
D1527	Mantenedores de espacio: extraíbles, bilaterales, mandibulares	$70
D1550	Recementado o repegado de mantenedores de espacio	$12
D1555	Extracción de mantenedores de espacio fijos	$12

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D1575	Mantenedores de espacio tipo zapatilla distal: fijos, unilaterales	$60
	Servicios de restauración (2)	
D2140	Amalgama: una superficie, primaria o permanente	$0
D2150	Amalgama: dos superficies, primaria o permanente	$0
D2160	Amalgama: tres superficies, primaria o permanente	$0
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, primaria o permanente	$0
D2330	Compuesto a base de resina: una superficie, anterior	$5
D2331	Compuesto a base de resina: dos superficies, anterior	$10
D2332	Compuesto a base de resina: tres superficies, anterior	$15
D2335	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies o que implican ángulo incisal (anterior)	$50
D2390	Corona de compuesto a base de resina, anterior	$60
D2391	Compuesto a base de resina: una superficie, posterior	$55
D2392	Compuesto a base de resina: dos superficies, posterior	$65
D2393	Compuesto a base de resina: tres superficies, posterior	$75
D2394	Compuesto a base de resina: cuatro o más superficies, posterior	$85
D2510	Incrustación: metálica, una superficie	$170
D2520	Incrustación: metálica, dos superficies	$180
D2530	Incrustación: metálica, tres o más superficies	$190
D2542	Sobrepuesto metálico, dos superficies	$185
D2543	Sobrepuesto metálico, tres superficies	$195
D2544	Sobrepuesto: metálico, cuatro o más superficies	$215
D2610	Incrustación: porcelana/cerámica, una superficie	$295
D2620	Incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	$330
D2630	Incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	$350
D2642	Sobrepuesto: porcelana/cerámica, dos superficies	$325
D2643	Sobrepuesto: porcelana/cerámica, tres superficies	$360
D2644	Sobrepuesto: porcelana/cerámica, cuatro o más superficies	$380
D2650	Incrustación: compuesto/resina, una superficie	$195
D2651	Incrustación: compuesto/resina, dos superficies	$220
D2652	Incrustación: compuesto/resina, tres o más superficies	$255
D2662	Sobrepuesto: compuesto/resina, dos superficies	$250
D2663	Sobrepuesto: compuesto/resina, tres superficies	$275
D2664	Sobrepuesto: compuesto/resina, cuatro o más superficies	$320
D2710	Corona, compuesto a base de resina (indirecta)	$160
D2712	Corona: compuesto a base de ¾ de resina (indirecta)	$160

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D2720	Corona: resina con metal de alta nobleza	$320
D2721	Corona: resina con metal base predominante	$220
D2722	Corona: resina con metal noble	$260
D2740	Corona: porcelana/cerámica	$380
D2750	Corona: porcelana fusionada con metal de alta nobleza	$380
D2751	Corona: porcelana fusionada con metal base predominante	$280
D2752	Corona: porcelana fusionada con metal noble	$320
D2780	Corona: molde ¾ de metal de alta nobleza	$380
D2781	Corona: molde ¾ de metal base predominante	$280
D2782	Corona: molde ¾ de metal noble	$320
D2783	Corona: ¾ de porcelana/cerámica	$380
D2790	Corona: molde completo de metal de alta nobleza	$380
D2791	Corona: molde completo de metal base predominante	$280
D2792	Corona: molde completo de metal noble	$320
D2794	Corona: titanio	$380
D2910	Recementado o repegado de incrustación, sobrepuesto, laminado o restauración de cobertura parcial	$15
D2915	Recementado o repegado de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados	$15
D2920	Recementado o repegado de corona	$15
D2921	Unión de un fragmento del diente, borde incisal o cúspide	$50
D2929	Corona de porcelana/cerámica prefabricada: diente primario, anterior	$75
D2930	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente primario	$65
D2931	Corona de acero inoxidable prefabricada: diente permanente	$65
D2932	Corona de resina prefabricada	$85
D2933	Corona de acero inoxidable prefabricada con ventana de resina	$75
D2940	Restauración protectora	$15
D2941	Restauración terapéutica provisional: dentición primaria	$15
D2949	Base de restauración para restauración indirecta	$65
D2950	Reconstrucción de muñones, incluidos los pernos, si fueran necesarios	$65
D2951	Retención con pernos: por diente, además de la restauración	$10
D2952	Molde de perno y muñón, además de la corona	$95
D2953	Cada perno fabricado indirectamente adicional: mismo diente	$70
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	$80
D2957	Cada perno adicional prefabricado: mismo diente	$60

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D2971	Procedimientos adicionales para construir una nueva corona debajo de una estructura de dentadura postiza parcial existente	$55
D2980	Reparación de corona necesaria por falla del material de restauración	$25
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	$25
D2982	Reparación de sobrepuesto necesaria por falla del material de restauración	$25
D2983	Reparación de laminado necesaria por falla del material de restauración	$25
D2990	Infiltración de resina de lesiones incipientes en superficie suave: limitado a molares permanentes hasta los 16 años	$10
	Servicios de endodoncia (3)	
D3110	Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	$0
D3120	Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final)	$0
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye restauración final)	$35
D3221	Desbridamiento pulpar: dientes primarios y permanentes	$40
D3222	Pulpotomía parcial para apexogénesis: diente permanente con desarrollo incompleto de la raíz	$35
D3230	Tratamiento pulpar (empaste reabsorbible): diente primario anterior (no incluye restauración final)	$50
D3240	Tratamiento pulpar (empaste reabsorbible): diente primario posterior (no incluye restauración final)	$50
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior (no incluye restauración final)	$110
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar (no incluye restauración final)	$200
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar (no incluye restauración final)	$350
D3331	Tratamiento por obstrucción del conducto; acceso no quirúrgico	$75
D3332	Tratamiento de endodoncia incompleto; diente sin posibilidad de operación ni restauración o fracturado	$75
D3333	Reparación interna del diente por defectos de perforación	$75
D3346	Repetición de tratamiento de conducto previo: anterior	$140
D3347	Repetición de tratamiento de conducto previo: bicúspide	$230
D3348	Repetición de tratamiento de conducto previo: molar	$380
D3351	Apexificación/recalcificación: visita inicial (cierre apical/reparación de perforaciones por calcificación, reabsorción de la raíz, etc.)	$75
D3352	Apexificación/recalcificación/regeneración pulpar: reemplazo provisorio de la medicación	$50
D3353	Apexificación/recalcificación: visita final (incluye finalización del tratamiento de conducto)	$50
D3410	Apicectomía: anterior	$130
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)	$140

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	$150
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	$90
D3427	Cirugía perirradicular sin apicectomía	$130
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	$70
D3450	Amputación radicular: por raíz	$80
D3920	Hemisección (incluye extracción de raíz), sin incluir el tratamiento de conducto	$70
	Servicios periodontales (4)	
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$145
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$85
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia para permitir acceso para el procedimiento de restauración, por diente	$85
D4240	Procedimiento para colgajo gingival, incluido el pulido radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$150
D4241	Procedimiento para colgajo gingival, incluido el pulido radicular: de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$90
D4245	Colgajo en posición apical	$175
D4249	Alargamiento clínico de la corona: tejido duro	$140
D4260	Cirugía ósea (incluida la entrada y cierre de un colgajo): cuatro o más dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$345
D4261	Cirugía ósea (incluida la entrada y cierre de un colgajo): de uno a tres dientes contiguos o espacios interdentales por cuadrante	$275
D4263	Injerto para reemplazo óseo (diente natural retenido): primer lugar en el cuadrante	$225
D4264	Injerto para reemplazo óseo (diente natural retenido): cada lugar adicional en el cuadrante	$75
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	$225
D4274	Procedimiento de cuña distal o mesial, un solo diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área)	$80
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los lugares de la cirugía del beneficiario y del donante): posición en el injerto del primer diente, implante o lugar desdentado	$225
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidos los lugares de la cirugía del beneficiario y del donante): cada diente, implante o lugar desdentado contiguo adicional en el mismo lugar del injerto	$225

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D4341	Raspado y pulido radicular periodontal: cuatro o más dientes por cuadrante	$55
D4342	Raspado y pulido radicular periodontal: uno a tres dientes por cuadrante	$45
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave	$0
D4355	Desbridamiento total de la boca para permitir evaluación y diagnóstico integrales en una visita posterior	$55
D4910	Mantenimiento periodontal	$40
D4910	Mantenimiento periodontal adicional (dentro del período de 6 meses)	$55
D4921	Irrigación gingival: por cuadrante	$0
	Servicios prostodónticos (extraíbles) (5)	
D5110	Dentadura postiza completa: maxilar	$335
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	$335
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	$355
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	$355
D5211	Dentadura postiza maxilar parcial: base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$295
D5212	Dentadura postiza mandibular parcial: base de resina (incluye materiales de retención/ganchos, soportes y dientes)	$295
D5213	Dentadura postiza maxilar parcial: molde de estructura de metal con bases de resina (incluye dientes, soportes y ganchos convencionales)	$365
D5214	Dentadura postiza mandibular parcial: molde de estructura de metal con bases de resina (incluye dientes, soportes y ganchos convencionales)	$365
D5221	Dentadura postiza maxilar inmediata parcial: base de resina	$295
D5222	Dentadura postiza mandibular inmediata parcial: base de resina	$295
D5223	Dentadura postiza maxilar inmediata parcial: molde de estructura de metal con bases de resina	$365
D5224	Dentadura postiza mandibular inmediata parcial: molde de estructura de metal con bases de resina	$365
D5225	Dentadura postiza maxilar parcial: base flexible (incluye dientes, soportes y ganchos)	$415
D5226	Dentadura postiza mandibular parcial: base flexible (incluye dientes, soportes y ganchos)	$415
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa: maxilar	$12
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa: mandibular	$12
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial: maxilar	$12
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial: mandibular	$12
D5511	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa, mandibular	$45
D5512	Reparación de base quebrada de dentadura postiza completa, maxilar	$45

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D5520	Reemplazo de diente quebrado o faltante: dentadura postiza completa (cada diente)	$25
D5611	Reparación de dentadura postiza parcial con base de resina, mandibular	$50
D5612	Reparación de dentadura postiza parcial con base de resina, maxilar	$50
D5621	Reparación de estructura parcial del molde, mandibular	$50
D5622	Reparación de estructura parcial del molde, maxilar	$50
D5630	Reparación o reemplazo de materiales de retención y ganchos quebrados: por diente	$50
D5640	Reemplazo de dientes quebrados: por diente	$40
D5650	Diente añadido a dentadura postiza parcial existente	$40
D5660	Gancho añadido a dentadura postiza parcial existente: por diente	$50
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de molde de metal (maxilar)	$180
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílico en estructura de molde de metal (mandibular)	$180
D5710	Rebasado de dentadura postiza maxilar completa	$100
D5711	Rebasado de dentadura postiza mandibular completa	$100
D5720	Rebasado de dentadura postiza maxilar parcial	$100
D5721	Rebasado de dentadura postiza mandibular parcial	$100
D5730	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en consultorio)	$55
D5731	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en consultorio)	$55
D5740	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en consultorio)	$55
D5741	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en consultorio)	$55
D5750	Revestimiento de dentadura postiza maxilar completa (en laboratorio)	$90
D5751	Revestimiento de dentadura postiza mandibular completa (en laboratorio)	$90
D5760	Revestimiento de dentadura postiza maxilar parcial (en laboratorio)	$90
D5761	Revestimiento de dentadura postiza mandibular parcial (en laboratorio)	$90
D5820	Dentadura postiza parcial provisoria (maxilar)	$110
D5821	Dentadura postiza parcial provisoria (mandibular)	$110
D5850	Acondicionamiento del tejido, maxilar	$25
D5851	Acondicionamiento del tejido, mandibular	$25
	Servicios prostodónticos (fijos) (6)	
D6210	Póntico: molde de metal de alta nobleza	$380
D6211	Póntico: molde de metal base predominante	$280
D6212	Póntico: molde de metal noble	$320
D6240	Póntico: porcelana fusionada con metal de alta nobleza	$380
D6241	Póntico: porcelana fusionada con metal base predominante	$280

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D6242	Póntico: porcelana fusionada con metal noble	$320
D6245	Póntico: porcelana/cerámica	$380
D6250	Póntico: resina con metal de alta nobleza	$320
D6251	Póntico: resina con metal base predominante	$220
D6252	Póntico: resina con metal noble	$260
D6600	Retenedor, incrustación: porcelana/cerámica, dos superficies	$330
D6601	Retenedor, incrustación: porcelana/cerámica, tres o más superficies	$350
D6602	Retenedor, incrustación: molde de metal de alta nobleza, dos superficies	$280
D6603	Retenedor, incrustación: molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies	$290
D6604	Retenedor, incrustación: molde de metal base predominante, dos superficies	$180
D6605	Retenedor, incrustación: molde de metal base predominante, tres o más superficies	$190
D6606	Retenedor, incrustación: molde de metal noble, dos superficies	$210
D6607	Retenedor, incrustación: molde de metal noble, tres o más superficies	$220
D6608	Retenedor, sobrepuesto: porcelana/cerámica, dos superficies	$325
D6609	Retenedor, sobrepuesto: porcelana/cerámica, tres o más superficies	$360
D6610	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal de alta nobleza, dos superficies	$285
D6611	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal de alta nobleza, tres o más superficies	$295
D6612	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal base predominante, dos superficies	$185
D6613	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal base predominante, tres o más superficies	$195
D6614	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal noble, dos superficies	$205
D6615	Retenedor, sobrepuesto: molde de metal noble, tres o más superficies	$225
D6720	Retenedor, corona: resina con metal de alta nobleza	$320
D6721	Retenedor, corona: resina con metal base predominante	$220
D6722	Retenedor, corona: resina con metal noble	$260
D6740	Retenedor, corona: porcelana/cerámica	$380
D6750	Retenedor, corona: porcelana fusionada con metal de alta nobleza	$380
D6751	Retenedor, corona: porcelana fusionada con metal base predominante	$280
D6752	Retenedor, corona: porcelana fusionada con metal noble	$320
D6780	Retenedor, corona: molde ¾ de metal de alta nobleza	$380
D6781	Retenedor, corona: molde ¾ de metal base predominante	$280
D6782	Retenedor, corona: molde ¾ de metal noble	$320
D6783	Retenedor, corona: ¾ de porcelana/cerámica	$380
D6790	Retenedor, corona: molde completo de metal de alta nobleza	$380
D6791	Retenedor, corona: molde completo de metal base predominante	$280

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D6792	Retenedor, corona: molde completo de metal noble	$320
D6930	Recementado o repegado de dentadura postiza parcial fija	$20
D6940	Placa de descanso	$45
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija necesaria por falla del material de restauración	$60
	Servicios de cirugía bucales y maxilofaciales (7)	
D7111	Extracción de restos de corona: diente primario	$5
D7140	Extracción, diente brotado o raíz expuesta (extracción con elevación o fórceps)	$8
D7210	Extracción de diente brotado que requiere la extracción de hueso o extracción parcial del diente, incluida elevación del colgajo mucoperióstico	$50
D7220	Extracción de diente impactado: tejido blando	$60
D7230	Extracción de diente impactado: parcialmente ósea	$80
D7240	Extracción de diente impactado: completamente ósea	$110
D7241	Extracción de diente impactado: completamente ósea con complicaciones quirúrgicas poco habituales	$130
D7250	Extracción de raíces de dientes residuales (procedimiento con incisión)	$45
D7251	Coronectomía: extracción intencional de diente parcial	$130
D7270	Reimplante de diente o estabilización de diente accidentalmente avulsionado o desplazado	$120
D7280	Exposición de un diente no brotado	$90
D7282	Movilización de diente erupcionado o mal ubicado para facilitar su erupción	$90
D7283	Colocación de un dispositivo para facilitar la erupción de un diente impactado	$0
D7286	Biopsia incisional de tejido bucal blando (todos los demás)	$30
D7310	Alveoloplastía junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	$85
D7311	Alveoloplastía junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	$85
D7320	Alveoloplastía no realizada junto con extracciones: cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante	$100
D7321	Alveoloplastía no realizada junto con extracciones: de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	$100
D7450	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos: diámetro de la lesión de hasta 1.25 cm	$0
D7451	Extracción de quistes o tumores odontogénicos benignos: diámetro de la lesión superior a 1.25 cm	$0
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$85
D7472	Extracción del rodete palatino	$85

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D7473	Extracción del rodete mandibular	$85
D7510	Incisión y drenaje de abscesos: tejido blando intrabucal	$0
D7960	Frenulectomía (frenectomía o frenotomía): procedimiento independiente no relacionado con otro procedimiento	$15
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	$75
D7971	Extirpación de encía pericoronal	$75
	Servicios de ortodoncia (8)	
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición primaria	$1,150
D8020	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de transición: niños o adolescentes hasta los 19 años	$1,150
D8030	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición adolescente: adolescentes hasta los 19 años	$1,150
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado para dentición de adultez: adultos, incluidos los hijos adultos dependientes cubiertos	$1,350
D8050	Tratamiento de ortodoncia interceptivo de la dentición primaria	$1,150
D8060	Tratamiento de ortodoncia interceptivo de la dentición de transición	$1,150
D8070	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de transición: niños o adolescentes hasta los 19 años	$1,900
D8080	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición adolescente: adolescentes hasta los 19 años	$1,900
D8090	Tratamiento de ortodoncia integral de la dentición de adultez: adultos, incluidos los hijos adultos dependientes cubiertos	$2,100
D8660	Examen de tratamiento previo a la ortodoncia para supervisar el crecimiento y el desarrollo	$25
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, construcción y colocación de retenedores extraíbles)	$275
D8681	Ajuste de retenedor de ortodoncia extraíble	$0
D8999	Procedimiento de ortodoncia no especificado, por informe: incluye sesión de planificación del tratamiento	$100
	Servicios generales complementarios	
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) por dolor dental: procedimiento menor	$15
D9211	Anestesia de bloqueo regional	$0
D9212	Anestesia de bloqueo de una división del trigémino	$0
D9215	Anestesia local junto con procedimientos quirúrgicos u operaciones	$0
D9219	Evaluación para sedación moderada o profunda, o anestesia general	$0
D9222	Sedación profunda/anestesia general: primeros 15 minutos	$80
D9223	Sedación profunda/anestesia general: cada incremento de 15 minutos posteriores	$80

Código de la ADA	Descripción de la ADA de los servicios cubiertos	Lo que le corresponde pagar
D9239	Analgesia/sedación (consciente) moderada intravenosa: primeros 15 minutos	$80
D9243	Analgesia/sedación (consciente) moderada intravenosa: cada incremento de 15 minutos	$80
D9310	Consulta (servicio de diagnóstico brindado por un odontólogo o médico que no sea el profesional que brinda el tratamiento)	$25
D9311	Consulta con un profesional de atención médica	$0
D9430	Visita al consultorio para observación (en el horario de atención habitual)	$5
D9440	Visita al consultorio: fuera del horario de atención habitual	$35
D9450	Presentación de casos, planificación de tratamiento detallada y exhaustiva	$0
D9932	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar	$0
D9933	Limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular	$0
D9934	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, maxilar	$0
D9935	Limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular	$0
D9943	Ajuste oclusal	$10
D9944	Guarda oclusal: aparato duro, arco completo	$100
D9945	Guarda oclusal: aparato blando, arco completo	$100
D9946	Guarda oclusal: aparato duro, arco parcial	$100
D9951	Ajuste oclusal: limitado	$50
D9952	Ajuste oclusal: completo	$100
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye materiales y fabricación de bandejas personalizadas: limitado a una bandeja de blanqueamiento y gel para dos semanas de autotratamiento	$125
D9986	Cita perdida (sin aviso con 24 horas de anticipación): por cada 15 minutos de tiempo de la cita	$10
D9987	Cita cancelada (sin aviso con 24 horas de anticipación): por cada 15 minutos de tiempo de la cita	$10
D9990	Servicios de traducción certificada o de lenguaje de señas: por visita	$0
D9991	Administración de casos odontológicos: abordaje de los obstáculos de cumplimiento de las citas	$0
D9992	Administración de casos odontológicos: coordinación de la atención	$0
D9995	Teleodontología: síncrona, encuentro en tiempo real	$0
D9996	Teleodontología: asíncrona; información almacenada y transmitida al odontólogo para su posterior revisión	$0

(1) Servicios de diagnóstico:

- D0210; D0322; D0330; D0340; D0350; D0351 y D0470 son parte de siete (7) códigos de

procedimiento incluidos para $200.00 en los registros y moldes de diagnóstico previos al tratamiento de ortodoncia.
- D0210 y D0470 son parte de dos (2) códigos de procedimiento incluidos para $70.00 en los registros posteriores al tratamiento de ortodoncia.

(2) D2000-D2999: servicios de restauración
- Incluye el pulido, todos los agentes adhesivos y de pegado, el recubrimiento pulpar indirecto, las bases, los revestimientos y los procedimientos de grabado ácido.
- En caso de haber más de seis (6) coronas en el mismo plan de tratamiento, es posible que el miembro deba pagar un adicional de $100.00 por corona después de la sexta.
- Para el reemplazo de coronas, incrustaciones y sobrepuestos, la restauración existente debe tener cinco (5) años o más.

(3) D3000-D3999: servicios de endodoncia
- Cuando un odontólogo de atención especializada de la red proporciona servicios por remisión, el miembro paga el 75 por ciento de la tarifa habitual de ese odontólogo.

(4) D4000-D4999: servicios periodontales
- Incluye evaluaciones y tratamiento preoperatorios y posoperatorios con un anestésico local.

(5) D5000-D5899: servicios prostodónticos (extraíbles)
- Para todas las dentaduras postizas completas y parciales enumeradas, el copago incluye ajustes y acondicionamiento del tejido después de su entrega, si fuera necesario, durante los primeros seis (6) meses posteriores a su colocación. El miembro debe conservar su elegibilidad y el servicio debe ser brindado en el centro odontológico de la red donde la dentadura se entregó originalmente.
- Los rebasados, los revestimientos y el acondicionamiento del tejido se limitan a uno (1) por dentadura postiza durante doce (12) meses consecutivos.
- Para el reemplazo de una dentadura postiza completa o parcial, la dentadura postiza existente debe tener cinco (5) años o más.

(6) D6200-D6999: servicios prostodónticos (fijos)
- Cada retenedor y cada póntico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija (puente).
- Cuando una corona o un póntico exceden las seis (6) unidades en el mismo plan de tratamiento, es posible que el miembro deba pagar un adicional de $100.00 por unidad después de la sexta.
- Para el reemplazo de una corona, un póntico, una incrustación, un sobrepuesto o una placa de descanso, el puente existente debe tener cinco (5) años o más.

(7) D7000-D7999: servicios de cirugía bucales y maxilofaciales:
- Incluye evaluaciones y tratamiento preoperatorios y posoperatorios con un anestésico local.

(8) D8000-D8999: servicios de ortodoncia

- El copago detallado para cada fase de tratamiento de ortodoncia (limitado, interceptivo o integral) cubre hasta veinticuatro (24) meses de tratamiento activo. Luego de los veinticuatro (24) meses, es posible que se aplique una tarifa mensual adicional que no superará los $125.00.
- El copago de retención incluye ajustes o visitas al consultorio por hasta veinticuatro (24) meses.
- El costo para un miembro que recibe tratamiento de ortodoncia y cuya cobertura se cancele o finalice por cualquier motivo se basará en la tarifa habitual para el plan de tratamiento del ortodoncista de la red. El ortodoncista de la red prorrateará el monto para la cantidad de meses restantes hasta completar el tratamiento. El miembro deberá pagar directamente al ortodoncista de la red, según lo convenido.

NOTA: a menos que requiera servicios odontológicos de emergencia no cubiertos por Medicare, los montos de costo compartido enumerados para miembros solo se aplican cuando recibe servicios odontológicos de un odontólogo de la red (consulte “Atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare”).

NOTA: dado que Blue Shield Promise celebra contratos con Medicare cada año, es posible que estos beneficios odontológicos no estén disponibles el próximo año.

Obtención de atención odontológica de rutina

Introducción

El plan dental de Blue Shield Promise es administrado por un Administrador del Plan Dental (DPA) contratado, una entidad que tiene un contrato con Blue Shield Promise para gestionar la prestación de servicios odontológicos a través de una red de odontólogos contratados. Si tiene alguna pregunta con respecto a la información en esta sección dental, necesita asistencia o tiene algún problema, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los feriados), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (TTY **711**).

Antes de recibir servicios odontológicos de rutina

Usted es responsable de asegurarse que el odontólogo que elija se encuentre dentro de la red.

NOTA: el estado de un odontólogo de la red puede cambiar. Es su obligación verificar si su odontólogo se encuentra actualmente dentro de la red en caso de que se hayan realizado cambios en la lista de odontólogos contratados. Puede obtener una lista de odontólogos de la red ubicados en su área comunicándose con el Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los feriados), desde el 1 de octubre hasta

el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (TTY **711**).

Visita al odontólogo

Poco después de la inscripción, recibirá un paquete de membresía del DPA en el que se le informa la fecha de entrada en vigencia de sus beneficios y la dirección y el número de teléfono de su odontólogo dentro red u odontólogo de atención primaria (PCD). Después de la fecha de entrada en vigencia que se indica en su paquete de membresía, puede obtener servicios de atención odontológica cubiertos. Para programar una cita, simplemente llame al centro de su PCD e identifíquese como miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan Member. Las citas iniciales deben programarse dentro de las cuatro semanas, a menos que se haya solicitado un plazo específico. Las consultas sobre la disponibilidad de citas y la accesibilidad de los odontólogos deben dirigirse al Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los feriados), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (TTY **711**).

NOTA: cada miembro debe acudir a su PCD asignado para recibir los servicios cubiertos, excepto los servicios proporcionados por un especialista previamente autorizado por escrito por el DPA, o para recibir servicios odontológicos de emergencia no cubiertos por Medicare. Cualquier otro tratamiento no está cubierto por Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan.

Debe comunicarse con su PCD para todas las necesidades de atención odontológica que tenga, incluidos servicios preventivos, problemas odontológicos de rutina, consultas con especialistas del plan y servicios de emergencia (cuando sea posible). El PCD es responsable de proporcionar servicios generales de atención odontológica y de coordinar u organizar la remisión a otros especialistas necesarios del plan. El plan debe autorizar dichas remisiones.

Este plan dental solo de la red no paga beneficios a los odontólogos fuera de la red. No se cubrirán los servicios brindados por un odontólogo fuera de la red, excepto en caso de una emergencia odontológica. Cuando reciba servicios de un odontólogo fuera de la red, usted será responsable de pagarle directamente al odontólogo el monto total que facture.

NOTA: los miembros que no hayan cumplido con sus citas odontológicas de rutina (una vez cada 6 meses) quizás requieran servicios que incluyan raspado periodontal y pulido radicular antes de que se pueda brindar o se brinde atención de rutina, como limpiezas regulares.

Copagos del miembro

Antes de comenzar su tratamiento, su odontólogo diseñará un plan de tratamiento para satisfacer sus necesidades individuales. Es mejor analizar su plan de tratamiento y las responsabilidades financieras con su odontólogo antes de comenzar el tratamiento.

Los copagos son pagaderos al momento de recibir el servicio o al inicio de la atención.

Si necesita asistencia adicional para obtener información sobre su plan de tratamiento o si tiene alguna pregunta sobre los copagos que se le cobran por los procedimientos odontológicos cubiertos, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los feriados), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (TTY **711**).

Elección del odontólogo de atención primaria

Al momento de la inscripción, debe seleccionar un odontólogo de la red para que sea su PCD. Si no selecciona un odontólogo de la red o el odontólogo seleccionado de la red deja de estar disponible, el DPA le solicitará que seleccione otro odontólogo de la red o le asignará a un odontólogo de la red. Puede cambiar su odontólogo asignado de la red comunicándose con el Departamento de Servicio al cliente del DPA al **(866) 247-2486** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los feriados), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (TTY **711**). Para garantizar que se notifique a su odontólogo de la red y que las listas de elegibilidad del DPA sean correctas, los cambios a los odontólogos de la red deben solicitarse antes del 21 del mes para que los cambios entren en vigencia el primer día del mes siguiente.

Si su odontólogo ya no tiene contrato con el DPA de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan

Si el odontólogo de la red que usted seleccionó no puede continuar el contrato con el DPA porque no puede cumplir o ha incumplido el contrato, o si el DPA ha rescindido el contrato, el DPA le notificará al menos 30 días antes de la fecha de entrada en vigencia de la rescisión del contrato del odontólogo para que pueda seleccionar otro.

Si el DPA le notifica la necesidad de seleccionar otro odontólogo por este motivo, se eximen los costos por la duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Además, el odontólogo de la red finalizará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la cual se hayan tomado impresiones finales, y (b) todo el trabajo en cada diente en el que se inició un trabajo (como la finalización de los tratamientos de conducto en progreso y la colocación de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare

Los servicios de emergencia no cubiertos por Medicare abarcan la atención brindada por un odontólogo para tratar una afección odontológica que se manifiesta como un síntoma de gravedad suficiente, incluido dolor intenso, de modo que el miembro puede esperar razonablemente que la falta de atención inmediata (i) ponga en grave peligro la salud dental del miembro o (ii) cause el deterioro de las funciones dentales.

Atención odontológica de emergencia dentro del área no cubierta por Medicare

Si cree que necesita atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare y se encuentra dentro del área de servicio de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, llame de inmediato a su odontólogo asignado de la red. El personal del consultorio odontológico le informará qué hacer.

Atención odontológica de emergencia fuera del área no cubierta por Medicare

Si se encuentra fuera del área de servicio de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan y requiere atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare, puede recibir tratamiento de cualquier odontólogo certificado. Los servicios que recibe del odontólogo fuera del área están cubiertos hasta $100 (menos cualquier copago del miembro aplicable), siempre que la transferencia a un proveedor de la red implique un riesgo para su salud.

Reembolsos por atención odontológica de emergencia fuera del área no cubierta por Medicare

Se le reembolsarán hasta $100 (menos cualquier copago del miembro aplicable) por el costo de los servicios odontológicos de emergencia cubiertos que se recibieron fuera del área no cubiertos por Medicare. Siempre que sea posible, debe pedirle a su odontólogo que envíe la factura directamente a Blue Shield Promise a la dirección que figura a continuación.

Para obtener el reembolso, envíe su solicitud de reembolso, recibo de pago y descripción de los servicios prestados por escrito a la siguiente dirección:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Claims Department
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

Hay límites de tiempo para presentar los reclamos. En general, las facturas por los servicios deben enviarse a Blue Shield Promise en el plazo de un año a partir de la fecha del servicio, a menos que haya un motivo para presentarlas más tarde.

Nuestro DPA revisará el servicio odontológico de emergencia no cubierto por Medicare que recibió y le notificará en el plazo de 30 días posteriores a la recepción del reclamo si califica para el reembolso. Excepto por los servicios odontológicos de emergencia no cubiertos por Medicare, usted será responsable del pago total de los servicios odontológicos que reciba fuera de California.

Denegación de un reclamo de reembolso por atención odontológica de emergencia fuera del área no cubierta por Medicare

Si su reclamo de reembolso por atención odontológica de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área se rechaza parcial o totalmente, el DPA le notificará la decisión por escrito. La notificación incluirá el motivo específico de la denegación y le informará que puede solicitar una reconsideración de la denegación.

Para solicitar la reconsideración de la denegación o denegación parcial, envíe un aviso por escrito a Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan en el plazo de 60 días calendario a partir de la fecha del aviso de denegación por escrito.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Obtener una segunda opinión para la atención odontológica

Si no está de acuerdo con el diagnóstico o la determinación del plan de tratamiento de su odontólogo de la red, o los cuestiona, puede solicitar una segunda opinión. El DPA también puede solicitarle que obtenga una segunda opinión para verificar la necesidad y la idoneidad del tratamiento odontológico o la aplicación de beneficios.

Las segundas opiniones serán emitidas por un odontólogo certificado de manera oportuna, según la naturaleza de su afección. Las solicitudes relativas a casos de amenaza inminente y grave a la salud se acelerarán (autorización aprobada o denegada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud, siempre que sea posible). Para recibir asistencia o información adicional relacionada con los procedimientos y los plazos de las autorizaciones para las segundas opiniones, llame al Departamento de Servicio al cliente del DPA al **866-247-2486** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los feriados), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (TTY **711**), o escríbale al DPA.

Las segundas opiniones se proporcionarán en otro centro odontológico de la red, a menos que el DPA autorice lo contrario. El DPA autorizará una segunda opinión de un proveedor fuera de la red si no está disponible un odontólogo de la red debidamente calificado. El DPA solo pagará una segunda opinión aprobada o autorizada por el DPA. Si el DPA decide no autorizar una segunda opinión, se le enviará una notificación por escrito. Si no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una apelación ante Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. Consulte la sección *Quejas y apelaciones* para obtener información adicional.

Coordinación de beneficios

Este plan proporciona beneficios sin tener en cuenta la cobertura de cualquier otra póliza de seguro grupal o cualquier otro programa de beneficios de salud grupal si la otra póliza o programa cubre servicios o gastos además de la atención odontológica. De lo contrario, los beneficios que los especialistas u odontólogos fuera de la red proporcionan en virtud de este plan se coordinan con estas otras pólizas de seguro odontológico grupal o cualquier programa de beneficios odontológicos

grupal. La determinación sobre qué póliza o programa es el principal se regirá por las normas establecidas en el contrato.

Si este plan es secundario, pagará el menor monto de lo siguiente:

- El monto que hubiera pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios odontológicos.
- El costo total que el miembro paga de su bolsillo, pagadero según el plan principal de beneficios odontológicos, siempre que los beneficios estén cubiertos en virtud de este plan.

El miembro debe proporcionar al DPA cualquier información sobre el miembro que sea necesaria para gestionar la coordinación de beneficios, y el DPA puede divulgar esa información a cualquier compañía de seguros u otra organización, u obtenerla de estas. El DPA, a su entera discreción, determinará si se justifica cualquier reembolso a una compañía de seguros a u otra organización, según las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en el presente documento, y si dicho reembolso pagado se considerará parte de los beneficios en virtud de este contrato. El DPA tendrá derecho a recibir de un odontólogo, miembro, compañía de seguros u otra organización, según elija el DPA, el monto de cualquier beneficio pagado por el DPA que exceda sus obligaciones según las disposiciones de coordinación de beneficios descritas en el presente documento.

Proceso de quejas y apelaciones

Nuestro compromiso con usted es garantizar la calidad de la atención y la calidad en el proceso de tratamiento. Esta calidad de tratamiento abarca desde los servicios profesionales de los odontólogos de la red hasta la cortesía de nuestros representantes telefónicos. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la denegación de servicios o reclamos, las políticas, procedimientos u operaciones del DPA o la calidad de los servicios odontológicos realizados por un odontólogo de la red, usted tiene derecho a presentar una queja o apelar ante Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. Consulte el *Capítulo 9: Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos),* para obtener más información sobre cómo presentar una queja o apelación. Si tiene alguna pregunta, llame al DPA al **(866) 247-2486** de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana (excepto los feriados), desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre (TTY **711**). También puede contactarse con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Limitaciones generales del Plan HMO de atención odontológica de rutina

1. Los exámenes bucales se limitan a dos (2) exámenes en un período de doce (12) meses (D0120; D0140; D0150; D0160; D0180).

2. La serie completa de radiografías se limita a una (1) serie cada veinticuatro (24) meses (D0210 y D0330).

3. Las radiografías de aleta de mordida se limitan a una (1) serie cada seis (6) meses (D0274).

4. La evaluación y documentación de riesgo de caries se limita a una (1) cada tres (3) años (D0601; D0602; D0603).

5. La profilaxis o el raspado se limitan a un (1) tratamiento por período de seis (6) meses (D1110 o D4346).

6. La aplicación tópica de flúor (excepto barniz) se limita a un (1) tratamiento por período de seis (6) meses (D1206 o D1208).
7. Las restauraciones de coronas/moldes (reemplazo) se limitan a una (1) cada cinco (5) años.

8. Los puentes y dentaduras postizas (reemplazo total, parcial, inmediato) se limitan a uno (1) cada cinco (5) años.

9. El raspado periodontal y pulido radicular se limitan a cuatro (4) cuadrantes durante doce (12) meses consecutivos (D4341 y D4342).

10. Los revestimientos de dentadura postiza se limitan a uno (1) cada doce (12) meses.

11. El desbridamiento total de la boca se limita a un (1) tratamiento en doce (12) meses consecutivos (D4355).

12. El mantenimiento periodontal se limita a un (1) tratamiento cada seis (6) meses (D4910).

13. La dentadura postiza parcial se limita a una (1) en doce (12) meses consecutivos (D5820 y D5821).

14. Si el miembro acepta un plan de tratamiento de un odontólogo de la red que incluye cualquier combinación de más de seis (6) coronas, pónticos (puentes) o retenedores de puentes, es posible que el miembro deba pagar un adicional de $100.00 sobre el copago detallado por cada servicio después de la sexta (6.ª) unidad.

15. La anestesia general o la sedación/analgesia intravenosa se limita al tratamiento realizado por un cirujano bucal contratado junto con una remisión aprobada para la extracción de una o más impactaciones óseas parciales o completas (procedimientos D7230, D7240 y D7241).

16. Los beneficios proporcionados por un odontólogo pediátrico se limitan a los niños de hasta siete (7) años luego de que el odontólogo de la red intente tratar al niño y tras obtener la autorización previa del DPA, menos los copagos aplicables. Las excepciones para condiciones médicas, independientemente del límite de edad, se analizarán caso por caso.

17. El costo para un miembro que recibe tratamiento de ortodoncia y cuya cobertura se cancele o finalice por cualquier motivo se basará en la tarifa habitual para el plan de tratamiento del ortodoncista de la red. El ortodoncista de la red prorrateará el monto para la cantidad de meses restantes hasta completar el tratamiento. El miembro deberá pagar directamente al ortodoncista de la red, según lo convenido.

18. El tratamiento de ortodoncia en progreso se limita a los miembros de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan que, en el momento de su fecha de entrada en vigor original, estén en tratamiento activo que comenzó bajo el plan odontológico patrocinado por su empleador anterior, siempre y cuando sigan siendo elegibles para Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. Tratamiento activo significa que ha comenzado el movimiento de los dientes. Los miembros son responsables de pagar todos los copagos y tarifas sujeto a las disposiciones de su plan odontológico anterior. Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan es financieramente responsable solo de los montos no pagados por el plan odontológico anterior para los casos de ortodoncia que cumplen con los requisitos.

Exclusiones generales del Plan HMO de atención odontológica de rutina

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente detallado en la *Tabla de procedimientos de beneficios odontológicos de rutina*.

2. Los procedimientos que, según la opinión profesional de un odontólogo de la red, cumplen con los siguientes requisitos:

   a. Tienen un diagnóstico insuficiente para asegurar su resultado satisfactorio y longevidad razonable por el estado del diente/dientes o estructuras adyacentes.

   b. No son coherentes con los estándares generalmente aceptados por la odontología.

3. Los servicios con objetivos exclusivamente estéticos, excepto el procedimiento D9975 (blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco) o por condiciones que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como el labio leporino, las malformaciones del maxilar y la mandíbula, la falta congénita de dentadura y los dientes descoloridos o sin esmalte, excepto para el tratamiento de niños recién nacidos con defectos congénitos o anormalidades de nacimiento.

4. Coronas de porcelana, porcelana fusionada con metal, molde de metal o resina con coronas metálicas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes) para niños menores de 16 años.

5. Los dispositivos robados o extraviados, entre otros, dentaduras postizas parciales o completas, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).

6. Los procedimientos, dispositivos o artículos de restauración, si el objetivo es modificar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (ATM).

7. Los metales preciosos para dispositivos extraíbles, las bases blandas permanentes o metálicas para dentaduras postizas completas, los dientes de dentaduras postizas de porcelana, los soportes de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (sobrepuestos, implantes y dispositivos relacionados) y la personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales y completas.

8. Los accesorios y dispositivos dentales soportados por implantes, la colocación, mantenimiento y extracción de implantes y demás servicios asociados con un implante dental.

9. Las consultas por beneficios no cubiertos.

10. Los servicios odontológicos recibidos en un centro odontológico que no sea el odontólogo asignado de la red, un especialista odontológico previamente autorizado, o un ortodoncista de la red, excepto para servicios de atención odontológica de emergencia, como se describe en la Evidencia de cobertura.

11. Todas las tarifas relacionadas con el ingreso, el uso o la estadía en un hospital, centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.

12. Los medicamentos recetados.

13. Los gastos dentales incurridos en relación con procedimientos odontológicos o de ortodoncia comenzados antes de la elegibilidad del miembro para Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. Los ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto en curso, dentaduras parciales o completas para las cuales se tomó una impresión y ortodoncia, a menos que cumplan con los requisitos de la disposición sobre el tratamiento de ortodoncia en progreso.

14. Los dispositivos de ortodoncia extraviados, robados o quebrados.

15. Los cambios en el tratamiento de ortodoncia necesarios por accidente de cualquier tipo.

16. Los dispositivos o las terapias miofuncionales y parafuncionales, con la excepción del procedimiento D9940 (guarda oclusal, por informe).

17. Los frenillos combinados o de cerámica, la adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o estéticas a los dispositivos de ortodoncia fijos y extraíbles estándar.

18. Los tratamientos o dispositivos proporcionados por un odontólogo que se especializa en servicios prostodónticos.

19. El tratamiento de ortodoncia debe ser proporcionado por un odontólogo certificado. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.

20. La extracción de los dispositivos de ortodoncia fijos por razones distintas a la finalización del tratamiento no es un beneficio cubierto.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan. Si un servicio está "excluido", significa que este plan no lo cubre.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que o no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta.
No pagaremos los servicios médicos excluidos que figuren en la siguiente tabla, salvo en las circunstancias determinadas que se indican. Como única excepción, pagaremos si, en una apelación respecto de un servicio de la siguiente tabla, se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o que debería haber estado cubierto, teniendo en cuenta su situación en particular. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones de servicios se describen en la Tabla de beneficios o en la siguiente tabla.

Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios según las normas de Original Medicare.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Productos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por nuestro plan y Original Medicare que generalmente no son aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en un hospital.		✓ Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo un teléfono o televisor.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar.	✓	
*El cuidado asistencial es la atención brindada en un hogar de convalecencia, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica especializada o de enfermería especializada.	✓	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	✓	
Cargos que cobren los familiares directos o los	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
integrantes de su familia por la atención brindada.		
Cirugía o procedimientos estéticos.		✓ • Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. • Se cubren todas las fases de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como de la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
Atención quiropráctica de rutina.		✓ Se cubre la manipulación de la columna para corregir una subluxación.
Atención de rutina de los pies.		✓ Se brinda cierta cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare, por ejemplo, si tiene diabetes.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras.		✓ Cobertura según lo descrito en la Tabla de beneficios médicos que aparece anteriormente en este capítulo.
Zapatos ortopédicos.		✓ Se cubren si los zapatos forman parte de una pierna ortopédica y se incluyen en el costo de la pierna, o si los zapatos son para una persona que padece pie diabético.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Dispositivos de apoyo para pies.		✓ Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión.		✓ Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) para las personas después de una cirugía de cataratas.
Procedimientos para invertir la esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta.	✓	
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Tratamiento quirúrgico para obesidad mórbida, salvo cuando se considere médicamente necesario y Original Medicare lo cubra.	✓	
Personal de enfermería particular.	✓	
Comidas a domicilio.	✓	
Procedimientos o servicios de mejora programados o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual, rendimiento deportivo, estética, antienvejecimiento y rendimiento mental), a menos que se consideren médicamente necesarios.	✓	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas
Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA). No obstante, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA es superior al costo compartido en virtud de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia a los veteranos. Los miembros siguen siendo responsables de nuestros montos de costo compartido.	✓	

*El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

Cómo utilizar la cobertura del plan los medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción ... 144

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D ... 144

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D ... 144

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ... 145

Sección 2.1 Para que los medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red ... 145

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red ... 145

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan ... 147

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo ... 148

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan ... 148

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ... 149

Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos ... 149

Sección 3.2 Hay cinco (5) "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos ... 150

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? ... 151

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ... 151

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones? ... 151

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones? ... 152

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? ... 153

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera? ... 154

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera ... 154

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? ... 155

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado? ... 156

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? ... 157

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año ... 157

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando? ... 158

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ... 160

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 160

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento recetado ... 161

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro ... 161

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro? ... 161

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 162

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía? ... 162

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC)? ... 162

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados? ... 163

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare? ... 164

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y el manejo de los medicamentos ... 164

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura ... 164

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides ... 165

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos ... 166

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

El programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no sea aplicable en su caso en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo describe lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para los medicamentos de la Parte D, Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan también cubre algunos medicamentos según los beneficios médicos del plan. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan cubre los medicamentos que le dan durante las estadías cubiertas en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. A través de la cobertura de los beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos, que incluyen determinados medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se aplican en el consultorio y medicamentos que se administran en un centro de diálisis. En el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*), se detallan los beneficios y costos de los medicamentos durante las estadías cubiertas en el hospital o centro de atención de enfermería especializada, así como también los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Original Medicare si usted se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan solo cubre los servicios y medicamentos de la Parte A, la Parte B y la Parte D que no están relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están cubiertos por el beneficio de centro para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?)*. Para obtener más información sobre la cobertura de centros para enfermos terminales, consulte la sección sobre centros para enfermos terminales del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Las siguientes secciones son sobre la cobertura de sus medicamentos en virtud de las normas de beneficios de la Parte D del plan. La Sección 9, *Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, incluye información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Sección 1.2 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe tener un proveedor (un médico, odontólogo u otra persona autorizada) para dar recetas.

- La persona autorizada a dar recetas debe aceptar Medicare o presentar la documentación ante CMS para demostrar que cumple con los requisitos para emitir recetas, si no se rechazará su reclamación de la Parte D. La próxima vez que llame o lo visite, debe preguntarle si cumple con esta condición. Si no lo hace, tenga en cuenta que lleva tiempo que la persona autorizada a dar recetas envíe la documentación necesaria para su procesamiento.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2, *Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento recetado en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Para que los medicamentos recetados estén cubiertos, adquiéralos en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos las recetas que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos recetados cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*, visitar nuestra página web (www.blueshieldca.com/promise/medicare) o llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Si estaba usando una farmacia de la red, pero ha cambiado, y tiene que volver a obtener un medicamento que estaba tomando, puede pedirle al médico que le extienda una nueva receta o que se transfiera su receta a la nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda a través del Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o buscar en el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/medicare.

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos recetados deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC). Por lo general, los establecimientos de cuidado a largo plazo (por ejemplo, un hogar de convalecencia) tienen su propia farmacia. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que generalmente es la farmacia que usa el centro de LTC. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. (Nota: es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de proveedores y farmacias* o llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los servicios de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados en nuestra Lista de medicamentos como **"MO"**.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro de 90 días** como máximo.

Para obtener información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados por correo, puede hacer lo siguiente:

1. Consultar la información de pedido por correo que se encuentra en el sobre del Servicio por correo de CVS. CVS incluye instrucciones y formularios de pedidos en su sobre.

2. Utilizar la dirección de pedidos por correo de la sección con la lista de farmacias de la red que se encuentra en su *Directorio de proveedores y farmacias*.

3. Llamar al Departamento de Servicios para los miembros. Nos complacerá ayudarle a utilizar los servicios de pedido por correo y enviarle formularios de pedidos, en caso de que los necesite.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en catorce (14) días como máximo. Sin embargo, a veces puede haber demoras. Si esto sucede, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.
Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Esto le dará la oportunidad de asegurarse de que la farmacia le entregue el medicamento correcto (incluida la dosis, la cantidad y la forma) y, en caso de ser necesario, le dará la oportunidad de detener o postergar el pedido antes de que se le facture y envíe. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informarles qué hacer con la nueva receta a fin de evitar demoras en el envío.

Repeticiones del surtido de medicamentos recetados de pedido por correo. Para resurtidos, póngase en contacto con su farmacia con 14 días de anticipación cuando considere que los medicamentos que tiene disponibles se le acabarán, a fin de asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar el pedido antes de enviarlo, asegúrese de informarle a la farmacia cuál es la mejor manera de comunicarse con usted. Asegúrese de que el plan cuente en todo momento con su información de contacto actualizada. Si debe actualizar su número de teléfono o dirección, puede comunicarse con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield of California Promise Health Plan (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el costo compartido puede ser menor. El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una enfermedad crónica o prolongada). Usted puede pedir este suministro a través del pedido por correo (consulte la Sección 2.3) o puede solicitarlo en una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Algunas de estas farmacias minoristas aceptan el costo compartido del pedido por correo para los suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de proveedores y farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener más información (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
2. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar los **servicios de pedido por correo** de la red del plan. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados en nuestra Lista de medicamentos como **"MO"**. Para utilizar nuestro servicio de pedido por correo debe solicitar un suministro para 90 días. Para obtener más información sobre cómo usar el servicio de pedido por correo, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento recetado puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias fuera del área de servicio donde puede obtener los medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, a continuación se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos recetados que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- Si no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio debido a que no hay farmacias de la red que atiendan las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.

- Si intenta obtener un medicamento recetado que habitualmente no esté disponible en el inventario de una farmacia minorista elegible de la red o en una farmacia que brinde el servicio de pedidos por correo (estos medicamentos incluyen medicamentos huérfanos, medicamentos únicos y medicamentos de costo elevado, u otros productos farmacéuticos de especialidad).

- Es posible que algunas vacunas administradas en el consultorio de su médico que no estén cubiertas por la Parte B de Medicare y que no se puedan obtener razonablemente en una farmacia de la red estén cubiertas por nuestro acceso fuera de la red.

- La cantidad de medicamentos recetados que se obtengan en farmacias fuera de la red se limita a un suministro para 30 días de los medicamentos cubiertos.

En estos casos, **primero consulte con el Departamento de Servicios para los miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros). 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.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si se ve obligado a utilizar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total del medicamento recetado (en lugar de pagar la parte del costo que le corresponde de manera habitual) cuando lo obtenga. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos

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

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos del plan.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare (en la Sección 1.1 anterior de este capítulo, se explican los medicamentos de la Parte D).

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento *ya sea que*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). (Es decir que la FDA aprobó el medicamento para el diagnóstico o la condición para la cual ha sido recetado).
- *O bien,* esté avalado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information; el Sistema de Información DRUGDEX; y, para el cáncer, el National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, funciona tan bien como el medicamento de marca, pero cuesta menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

El 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 sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista un medicamento en particular.

Sección 3.2 Hay cinco (5) "niveles de costo compartido" para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 de costo compartido: Medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo de costo compartido)
  Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
  Incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
  Incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
  Incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos especializados (nivel de costo compartido más alto)
  Incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo muy elevado que pueden requerir un manejo especial o monitoreo cercano.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), se incluye el monto que debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres (3) formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
2. Visite la página web del plan (www.blueshieldca.com/promise/medicare). La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.
3. Llame al Departamento de Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para ayudar a

que nuestros miembros usen los medicamentos de la forma más eficaz. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos globales de los medicamentos, lo cual le ayuda a mantener la cobertura de estos en un nivel más asequible.

De modo general, nuestras normas lo incentivan a obtener un medicamento que funcione para su condición médica y sea seguro y efectivo. Cada vez que un medicamento seguro y de bajo costo funcione médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica. También tenemos que cumplir con las normas y reglamentos de Medicare con respecto a la cobertura y los costos compartidos de los medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos en función de factores como la dosis, la cantidad o la forma farmacéutica del medicamento recetado por su proveedor de salud (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan aplica distintos tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a usar los medicamentos de formas más eficaces. Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Un medicamento “genérico” tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico.** Por lo general, no ofreceremos cobertura para un medicamento de marca si hay una versión genérica disponible. No obstante, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual a usted no le serviría el medicamento genérico ni el medicamento cubierto que trata su condición, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". A veces, el requisito para obtener aprobación por adelantado ayuda a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito lo alienta a que trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **"tratamiento escalonado"**.

Límites de cantidades

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por vez. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos del plan incluye información acerca de las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o visite nuestra página web (www.blueshieldca.com/promise/medicare).

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Si hay una restricción sobre el medicamento que usted debe tomar, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos no estar de acuerdo en eliminar la restricción. (Para obtener información sobre cómo pedir excepciones, consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9).

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

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Esperamos que su cobertura para medicamentos funcione bien para usted. No obstante, es posible que haya un medicamento recetado que está tomando actualmente, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, para algunos de los medicamentos que cubre el plan se aplican otras normas que restringen su uso. Por ejemplo, le podrían pedir que pruebe un medicamento diferente primero, para ver si funciona, antes de cubrir el medicamento que usted desea tomar. También puede haber límites sobre la cantidad de medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que tendría cobertura durante un período determinado. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción para usted.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser. El plan coloca cada medicamento cubierto en uno de los cinco (5) diferentes niveles de costo compartido. El monto que pague por su medicamento recetado depende en parte del nivel de costo compartido en el que se incluya su medicamento.

Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que usted querría que lo estuviera. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, aquí se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo los miembros en determinadas situaciones pueden obtener un suministro temporal). Le dará a usted y a su proveedor tiempo para cambiar a otro medicamento o presentar la solicitud para que se le cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan puede proporcionarle un suministro temporal de un medicamento cuando su medicamento no está en la Lista de medicamentos o cuando se limita de alguna manera. Hacer esto le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y averiguar qué hacer.

Para calificar para un suministro temporal, usted debe cumplir con los dos requisitos siguientes:

1. El cambio en su cobertura para medicamentos debe ser uno de los siguientes tipos:

- El medicamento que ha estado tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- O bien, el medicamento que ha estado tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se explican las restricciones).

2. Debe estar en una de las situaciones descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en el plan el año pasado:**

  Cubriremos un suministro temporal del medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si usted estuvo en el plan el año anterior**. Este suministro temporal será para un máximo de un suministro para 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un máximo de un suministro para 30 días del medicamento. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).

- **Para los que han sido miembros del plan por más de 90 días y son residentes en un centro de LTC y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario a la situación de suministro temporal anterior.

Para pedir un suministro temporal, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual. Las siguientes secciones detallan estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento en la forma en que desearía que estuviera cubierto Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se le explicarán los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada de inmediato y con imparcialidad.

Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado?

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, esto es lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, comience por hablar con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su médico puede ayudarle a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer. Se le explicarán los procedimientos y plazos de entrega que Medicare ha fijado para asegurarse de que su solicitud sea tramitada de inmediato y con imparcialidad.

Los medicamentos de nuestro Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y el Nivel 5: medicamentos especializados no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto del costo compartido para medicamentos en estos niveles.

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

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos ocurren al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría implementar cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos**. Nuevos medicamentos que ahora están disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Tal vez el gobierno da su aprobación para un nuevo uso de un medicamento existente. Algunas veces, un medicamento es retirado del mercado y decidimos no cubrirlo. O podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se descubre que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**

- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos del plan.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información sobre estos cambios en nuestra página web. Actualizaremos regularmente nuestra Lista de medicamentos en línea para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, le indicamos los momentos en los que recibiría un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que está tomando. También puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros para obtener más información (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿Los cambios en su cobertura para medicamentos lo afectan de inmediato?

Cambios que pueden afectarlo este año: en los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante este año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones en el medicamento de marca).**
    - Podemos eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o uno menor y con las mismas restricciones o menos. Además, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones.
    - Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si usted está tomando actualmente el medicamento de marca.
    - Usted o su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

  - Si en el momento en el que realizamos el cambio usted está toma el medicamento de marca, le brindaremos información sobre el/los cambio(s) específico(s) que hayamos realizado. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - De vez en cuando, es posible que algún medicamento se retire repentinamente del mercado porque se descubre que no es seguro o por otro motivo. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista. Si está tomando ese medicamento, le informaremos este cambio de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarle a encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios en medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Es posible que hagamos otros cambios una vez que el año haya comenzado y que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones en el medicamento de marca. También podríamos hacer cambios basados en los recuadros de advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso por adelantado del cambio con, al menos, 30 días de anticipación, o darle un aviso del cambio y suministrarle una repetición del surtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
  - Después de recibir el aviso del cambio, usted debe trabajar con la persona autorizada a dar recetas para cambiar al medicamento genérico o a un medicamento diferente que cubramos.
  - O bien, usted o su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Cambios en los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que actualmente toman el medicamento: para los cambios en la Lista de medicamentos que no se describieron anteriormente, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes tipos de cambios no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año si permanece en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si imponemos una nueva restricción respecto de su uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios se aplica a un medicamento que esté tomando (pero no debido a que se lo retiró del mercado ni por un medicamento genérico que reemplaza un medicamento de marca, ni otro cambio que se haya indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos o cualquier otra restricción agregada a su uso del medicamento. Este año, no recibirá avisos directos sobre los cambios que no le afecten. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán, y es importante consultar la Lista de medicamentos del nuevo año para ver si hay cambios en los medicamentos.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos recetados que se “excluyen”. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se incluyan en esta sección. La única excepción: que se determine que el medicamento solicitado en apelación no es un medicamento excluido en la Parte D y que debimos haberlo pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no ofrecer cobertura para un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación, tres normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos recetados de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. “Uso para una indicación no autorizada” es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.
    - En general, la cobertura del “uso para una indicación no autorizada” solo se permite cuando esté sustentada por libros de referencia específicos. Estos libros de referencia son el American Hospital Formulary Service Drug Information, el Sistema de Información DRUGDEX; y, para el cáncer, el National Comprehensive Cancer Network y Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, entonces nuestro plan no puede cubrir su “uso para una indicación no autorizada”.

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

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas recetadas y productos minerales, salvo las vitaminas prenatales y preparaciones de flúor.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la 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 cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes asociados o servicios de supervisión se compren exclusivamente al fabricante.

Si usted recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre la tarjeta de miembro del plan cuando quiera obtener un medicamento recetado

Sección 8.1 Muestre la tarjeta de miembro

Para surtir su receta, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que usted elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red automáticamente le facturará al plan la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento recetado cubierto. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento recetados.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la tarjeta de miembro?

Si usted no tiene su tarjeta de miembro del plan en el momento de resurtir su receta, pídale a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo retire**. (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

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

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos recetados durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras normas para la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que definen las normas para obtener cobertura para medicamentos. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

Tenga en cuenta lo siguiente: cuando usted ingresa, reside o sale de un centro de atención de enfermería especializada, tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede cambiar de plan o cambiar su cobertura. (En el Capítulo 10, *Cancelación de la membresía en el plan*, se explica cómo puede dejar de participar en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare).

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un centro de cuidado a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un establecimiento de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de proveedores y farmacias* para averiguar si la farmacia del establecimiento de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿Qué sucede si usted reside en un centro de LTC y es un miembro nuevo del plan?

Si necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan cubrirá un **suministro temporal** del medicamento durante los primeros

90 días de su membresía. El suministro total será para un suministro máximo de 31 días, o menos, si su receta está indicada para menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo [LTC] puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido). Si ha estado inscrito en el plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o si el plan ha impuesto algún tipo de restricción respecto de la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días o menos si su receta está indicada para menos días.

En el período durante el cual tenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tal vez haya un medicamento diferente cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. O bien, usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento de la forma en que desearía que estuviera cubierto. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le dice qué hacer.

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

¿Tiene en la actualidad otra cobertura para medicamentos recetados de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge)? En ese caso, póngase en contacto con **el administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos recetados en relación con nuestro plan.

En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura para medicamentos recetados que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su empleador o grupo de jubilados. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos recetados para el año calendario siguiente es “acreditable” y las opciones que tiene para la cobertura para medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que, en promedio, paga, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Guarde estos avisos sobre la cobertura acreditable porque es posible que los necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable del plan de su empleador o grupo de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y nuestro plan al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y requiere de un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico que no está cubierto por su centro para enfermos terminales porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus condiciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona autorizada a dar recetas o por su centro para enfermos terminales de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de medicamentos no relacionados que deberían ser cubiertos por nuestro plan, puede pedirle a su centro para enfermos terminales o a la persona autorizada a dar recetas que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedirle a la farmacia que le proporcione el medicamento recetado.

En caso de que usted revoque su elección de centro para enfermos terminales o que le den de alta del centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de centro para enfermos terminales de Medicare, debe presentar la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que informan acerca de las normas para obtener la cobertura para medicamentos según la Parte D. En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*), encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y lo que le corresponde pagar.

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

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos de forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que están recibiendo una atención segura y adecuada. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros que tienen más de un proveedor que les receta medicamentos.

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o género.

- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas indicadas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen con seguridad sus medicamentos opioides recetados u otros medicamentos que con frecuencia se usan en exceso. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riesgo de hacer un mal uso o un uso excesivo de sus medicamentos opioides, podemos limitar cómo puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides de una farmacia.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides de un médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides que cubriremos para usted.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta por adelantado. La carta contendrá información que explique las condiciones de las limitaciones que consideramos que deberían aplicarse a usted. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de uso excesivo de medicamentos con receta o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a solicitar una apelación. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

El DMP puede no aplicarse en su caso si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer, o si recibe atención para enfermos terminales, cuidados paliativos o atención para el final de la vida, o reside en un establecimiento de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias afecciones, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y los costos de sus medicamentos son elevados.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Algunos miembros que tienen diferentes afecciones pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Puede hablar sobre la mejor manera de tomar sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción para los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para aprovechar sus medicamentos, también tiene lugar para que tome notas o escriba las preguntas de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y la razón por la que los está tomando.

Es una buena idea programar una revisión de medicamentos antes de su visita anual de “bienestar”, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a su visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de salud. Además, lleve con usted su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación del programa. Si tiene preguntas sobre el programa, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

CAPÍTULO 6

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

Capítulo 6. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción ... 171

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explique la cobertura para medicamentos ... 171

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos ... 172

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento ... 172

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan? ... 172

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ... 174

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D") ... 174

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos ... 174

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total por sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 ... 175

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $435 por sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 ... 175

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte ... 176

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene ... 176

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento ... 177

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del mes completo ... 179

Sección 5.4 Una tabla que indica los costos que le corresponden a usted de un suministro a *largo plazo* para 90 días de un medicamento ... 180

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,020 ... 181

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan proporciona cobertura para medicamentos 182

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $6,350 182

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos recetados 183

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos 185

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año 185

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene..... 186

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna 186

Sección 8.2 Usted puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna 188

¿Sabía que existen programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos?

El programa "Ayuda adicional" ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Recibe en la actualidad ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que haya información que no sea aplicable en su caso en la *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), en el que se le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS". (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explique la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, 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 que le proporcionamos en este capítulo, usted necesita saber los conceptos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y cuáles son las normas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. Estos son los materiales que explican estos conceptos básicos:

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.** Para simplificar las cosas, a esto lo denominamos la "Lista de medicamentos".
  - Esta Lista de medicamentos le indica los medicamentos que están cubiertos para usted.
  - También le indica en cuál de los cinco (5) "niveles de costo compartido" se incluye el medicamento y si hay alguna restricción en su cobertura.
  - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede encontrar la Lista de medicamentos en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/medicare. La Lista de medicamentos en la página web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados, incluidas las normas que debe cumplir para obtener los medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también indica qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.
- **El *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.** En la mayoría de los casos, debe adquirir los medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (para obtener más detalles, consulte el Capítulo 5). En el *Directorio de proveedores y farmacias* encontrará una lista de las farmacias de la red del plan. También le explica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como obtener una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido"; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- El **"coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento recetado.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan?

Tal como se muestra en la tabla a continuación, hay "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura para medicamentos recetados por parte de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan. El monto que paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento recetado o una repetición del surtido. Tenga presente que el pago de la prima mensual del plan siempre es su responsabilidad, independientemente de la etapa de pago del medicamento.

Etapa 1 *Etapa de deducible anual*	**Etapa 2** *Cobertura inicial anual*	**Etapa 3** *Período sin cobertura anual*	**Etapa 4** *Etapa de cobertura en situaciones catastróficas*
Durante esta etapa, **usted paga el costo total** por sus medicamentos del Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: medicamentos no preferidos y Nivel 5: medicamentos especializados. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado $435 por sus medicamentos de del Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: medicamentos no preferidos y Nivel 5: medicamentos especializados. ($435 es el monto del deducible del Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: medicamentos no preferidos y Nivel 5: medicamentos especializados). (Puede ver los detalles en la Sección 4 de este capítulo).	Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos del Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos y **usted paga su parte del costo**. Luego de que usted (u otras personas en su nombre) haya alcanzado el deducible del Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: medicamentos no preferidos y Nivel 5: medicamentos especializados, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 2: medicamentos genéricos, Nivel 3: medicamentos de marca preferidos, Nivel 4: medicamentos no preferidos y Nivel 5: medicamentos especializados y usted paga su parte. Permanece en esta etapa hasta que los **"costos totales de los medicamentos"** del año hasta la fecha (sus pagos más los pagos de la Parte D del plan) alcancen los $4,020. (Puede ver los detalles en la Sección 5 de este capítulo).	Para el Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos, usted paga los mismos costos que figuran en la Etapa de cobertura inicial. Para todos los demás niveles, usted paga el 25% del precio por los medicamentos de marca, además de una parte del costo de suministro, y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Permanece en esta etapa hasta que los **"costos que paga de su bolsillo"** (sus pagos) alcancen un total de $6,350. Medicare estableció este monto y las normas para calcular los costos hasta llegar a esta suma. (Puede ver los detalles en la Sección 6 de este capítulo).	Durante esta etapa, **el plan pagará la mayoría de los costos** de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). (Puede ver los detalles en la Sección 7 de este capítulo).

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

Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "EOB de la Parte D")

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha efectuado cuando reabastece o repite el surtido de sus medicamentos recetados en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se le denomina costo "**que paga de su bolsillo**".
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Nuestro plan preparará un informe por escrito denominado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D") cuando haya obtenido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Esto incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada, siempre y cuando:

- **Muestre su tarjeta de miembro cuando obtenga un medicamento recetado.** Para asegurarse de que sabemos acerca de los medicamentos que se están surtiendo y lo que está pagando, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga medicamentos recetados.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar los medicamentos recetados cuando no recibamos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos

que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Estos son algunos de los tipos de situaciones en las que es posible que quiera darnos copias de sus recibos de medicamentos para asegurarse de que tenemos un registro completo de lo que ha gastado en sus medicamentos:

- Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo y lo ayudan a cumplir con los requisitos para la cobertura en situaciones catastróficas. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), por el Servicio de salud para la población india estadounidense y por la mayoría de las organizaciones benéficas. Le recomendamos que lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba por correo una *Explicación de beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”), revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que el informe está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Asegúrese de guardar estos informes. Constituyen un registro importante sobre sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total por sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5

Sección 4.1 Permanece en la Etapa del deducible hasta que haya pagado $435 por sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de los medicamentos de su cobertura para medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $435 *o* los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total por sus medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.

- Por lo general, su **"costo total"** es menor que el precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El **"deducible"** es el monto que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.

Una vez que haya pagado $435 por los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (el copago o el monto del coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos recetados.

El plan tiene cinco (5) niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Nivel 1 de costo compartido: Medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo de costo compartido)
  Incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2 de costo compartido: medicamentos genéricos
  Incluye medicamentos genéricos.
- Nivel 3 de costo compartido: medicamentos de marca preferidos
  Incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 4 de costo compartido: medicamentos no preferidos
  Incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos.
- Nivel 5 de costo compartido: medicamentos especializados (nivel de costo compartido más alto)
  Incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos de costo muy elevado que pueden requerir un manejo especial o monitoreo cercano.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según si obtiene el medicamento de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red de nuestro plan.
- Una farmacia minorista que no está en la red del plan.
- Una farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de proveedores y farmacias* del plan.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

- El **"copago"** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento recetado.
- El **"coseguro"** significa que usted paga un porcentaje del costo total cada vez que obtiene un medicamento recetado.

Como se muestra en la tabla siguiente, el monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido en el que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

- Cubrimos medicamentos recetados obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento recetado obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de LTC** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro para 30 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0.	El servicio de pedido por correo no está disponible para los medicamentos que se encuentran en el Nivel 1.	Copago de $0.	Copago de $0.
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25%	El servicio de pedido por correo no está disponible para los medicamentos que se encuentran en el Nivel 2.	25%	25%
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	25%	El servicio de pedido por correo no está disponible para los medicamentos que se encuentran en el Nivel 3.	25%	25%

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (un suministro para 30 días como máximo)	**Costo compartido de LTC** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro para 30 días como máximo)
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	25%	El servicio de pedido por correo no está disponible para los medicamentos que se encuentran en el Nivel 4.	25%	25%
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	25%	25%	25%	25%

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

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico le puede recetar un suministro de un medicamento para menos de un mes. Es posible que, en algunos casos, desee pedirle a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento que produce efectos secundarios). Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro de determinados medicamentos para un mes completo.

El monto que paga cuando obtiene un suministro para menos de un mes completo dependerá de si usted es responsable de pagar un coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de que la receta sea para

un suministro para un mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo total de un medicamento será menor si obtiene un suministro para menos de un mes completo, el *monto* que usted paga será menor.

- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, este se basará en la cantidad de días del medicamento que recibe. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el "costo compartido diario") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.
    - A continuación, le presentamos un ejemplo: supongamos que el copago de su medicamento para un mes completo (un suministro para 30 días) es de $30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es de $1. Si recibe un suministro del medicamento para 7 días, su pago será de $1 por día multiplicado por 7 días, es decir, el pago total será de $7.

El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para un mes completo. También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de un medicamento o varios, si esto le ayudará a planificar mejor la fecha de repetición del surtido de diferentes medicamentos para no tener que viajar tantas veces a la farmacia. El monto que usted pague dependerá de la cantidad de días del suministro que reciba.

Sección 5.4 Una tabla que indica los costos que le corresponden a usted de un suministro a *largo plazo* para 90 días de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado "suministro extendido") cuando obtiene su medicamento recetado. Un suministro a largo plazo es un suministro para 90 días. (Para más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo (para 90 días) de un medicamento.

- Tenga en cuenta lo siguiente: Si el medicamento cubierto cuesta menos que el monto del copago que figura en el cuadro, usted pagará ese precio inferior por el medicamento. Usted paga el precio completo del medicamento *o* el monto del copago, *el que sea menor*.

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 90 días)	**Costo compartido de servicio de pedido por correo** (suministro para 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0.	Copago de $0.
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	25%	25%
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	25%	25%
Nivel 4 de costo compartido (Medicamentos de marca no preferidos)	25%	25%
Nivel 5 de costo compartido (Medicamentos especializados)	Los suministros a largo plazo no están disponibles para medicamentos del Nivel 5.	Los suministros a largo plazo no están disponibles para medicamentos del Nivel 5.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,020

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la cifra total correspondiente a los medicamentos recetados que ha obtenido y que ha reabastecido llegue al **límite de $4,020 para la Etapa de cobertura inicial.**

El costo total del medicamento se basa en la suma de lo que ha pagado y lo que cualquier plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha recibido desde que comenzó con la compra del primer medicamento del año. (Para obtener más información sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo, consulte la Sección 6.2). Esto incluye lo siguiente:

- Los $435 que pagó cuando estaba en la Etapa del deducible.
- El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos en la Etapa de cobertura inicial.

- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de cobertura inicial. (Si se inscribe en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento en 2020, el monto que usted pagó durante la Etapa de cobertura inicial también se tiene en cuenta para los costos totales de los medicamentos).

También le proporcionamos algunos medicamentos de venta libre para su uso exclusivo. Estos medicamentos de venta libre se ofrecen sin costo alguno para usted. Para conocer qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte su formulario.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos le ayudará a llevar un registro de lo que usted y el plan, como así también terceros, han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite por año de $4,020.

Le informaremos cuando alcance el monto de $4,020. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa del período sin cobertura, el plan proporciona cobertura para medicamentos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del período sin cobertura hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $6,350

Para el Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos): usted paga el copago que figura en las tablas que se muestran arriba en las Secciones 5.2 y 5.4. Para el Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos), el monto que paga el plan no se considera para los costos que paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Para el Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos), el Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos), el Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos) y el Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados): cuando está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrecerá descuentos del fabricante para medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro para los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplazara a lo largo del período sin cobertura.

También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos. No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Para los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (75%) no se considera para los costos que

paga de su bolsillo. Solo se considera el monto que usted paga y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted sigue pagando el precio de descuento para medicamentos de marca y el 25% de los costos de medicamentos genéricos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. En 2020, esta cifra asciende a $6,350.

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costos que paga de su bolsillo. Cuando llegue al límite de $6,350, de costos que paga de su bolsillo, usted sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo por medicamentos recetados

Estas son las normas de Medicare que debemos seguir cuando hacemos un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Cuando sume los costos que paga de su bolsillo, ***puede incluir*** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa del deducible
  - Etapa de cobertura inicial
  - Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como un miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si hace estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúan **otras personas u organizaciones** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA o por el Servicio de salud para la población india estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de “Ayuda adicional” de Medicare.

- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado un total de $6,350 en costos que paga de su bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.

Cuando suma los costos que debe pagar de su bolsillo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos recetados:

- La cantidad que paga por su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red y que no cumplen los requisitos del plan para cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos realizados por el plan para sus medicamentos genéricos o de marca mientras estaba en el período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, un seguro de indemnización por accidentes laborales).

Recordatorio: si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos para medicamentos que paga de su bolsillo, debe comunicárselo a nuestro plan. Llame al Departamento de Servicios para los miembros para informarnos (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

¿Cómo puede llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos que paga de su bolsillo (la Sección 3 de este capítulo detalla este informe). Cuando haya pagado de su bolsillo un total de $6,350 en el año, este informe le dirá que ha pasado de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2, se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte de los costos de sus medicamentos

Sección 7.1 Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, permanecerá en esta etapa durante el resto del año

Usted cumple con los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $6,350 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo para un medicamento cubierto será la cantidad que sea *mayor* entre un coseguro y un copago:
  - *ya sea* el coseguro del 5% del costo del medicamento;
  - *o bien $3.60* para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico, y $8.95 para todos los demás medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto** del costo.

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Nuestro plan puede tener una cobertura separada para el medicamento de las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de la administración de la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Para obtener más información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo **del medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se le denomina "administración" de la vacuna).

¿Qué es lo que paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que usted paga por una vacuna de la Parte D depende de tres elementos:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Usted puede averiguar acerca de la cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).*
   - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario).*
2. **Dónde obtiene el medicamento de la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.**

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- A veces, cuando obtiene la vacuna, deberá pagar el costo total tanto del medicamento de la vacuna en sí como el de su administración. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo.
- Otras veces, cuando recibe el medicamento de la vacuna o la administración de esta, tendrá que pagar solo su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona, existen tres formas comunes de recibir la administración de una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa del período sin cobertura.

Situación 1: usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se le administra la vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de su administración.
- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: la vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la vacuna y su administración.
- Entonces podrá pedirle al plan que le pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que usted pagó menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total por este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna, menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

Sección 8.2 Usted puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros antes de administrarse una vacuna

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudar. Le recomendamos que nos llame primero al Departamento de Servicios para los miembros cuando esté planeando vacunarse. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

- Podemos decirle cómo nuestro plan cubre su vacunación y explicarle la parte que le corresponde del costo.
- Podemos decirle cómo mantener su propio costo bajo si acude a proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, podemos decirle lo que debe hacer para conseguir que le paguemos nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

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

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

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 191

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso 191

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 193

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago 193

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 194

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos 194

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación 195

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 195

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo 195

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga la parte que le corresponde a nuestro plan del costo de los servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el reembolso

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total en ese momento. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama "reembolso"). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más del monto que le corresponde de los costos por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó. En muchos casos, usted deberá enviarnos esta factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido.

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no sea parte de nuestra red, usted es responsable de pagar solo su parte del costo, no el costo total. Usted debe pedirle al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde al plan.

- Si usted paga el monto total en el momento de recibir el servicio, debe pedirnos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Es posible que algunas veces reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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 facturar directamente al plan y pedirle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, denominados "facturación de saldos". Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la "facturación de saldos", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considere que es más de lo que debería pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en un plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos la documentación correspondiente para el reembolso.

Llame al Departamento de Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo solicitar la devolución y las fechas de vencimiento para realizar la solicitud. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).

4. Cuando usted utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos recetados

Si acude a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Si esto

sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos recetados. (Solo cubrimos los medicamentos recetados presentados en farmacias fuera de la red en muy pocas situaciones. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

5. Cuando usted paga el costo completo de un medicamento recetado porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

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

Usted puede pagar el costo total del medicamento recetado porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y adónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Member Services Department
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si no sabe qué debería haber pagado, o recibe facturas y no sabe qué hacer con esas facturas, podemos ayudarle. También puede llamar si desea darnos más información acerca de una solicitud de pago que nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione información adicional. De lo contrario, consideraremos su petición y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe seguir para obtener servicios médicos cubiertos. El Capítulo 5 explica las normas que debe seguir para obtener los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago que solicitó y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto *(Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si hacer una apelación es algo nuevo para usted, le será útil empezar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y proporciona definiciones de términos tales como "apelación". Después de que haya leído la Sección 4, puede pasar a la sección del Capítulo 9 que explica qué es lo que puede hacer en su caso:

- Si desea hacer una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un servicio médico, vaya a la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación acerca de cómo obtener el reembolso de un medicamento, vaya a la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a llevar un registro de los costos de los medicamentos que paga de su bolsillo

Existen algunas situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. Más bien, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo. Esto puede ayudarle a cumplir con los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas más rápidamente.

Aquí hay dos situaciones en las que debe enviarnos los recibos para informarnos sobre los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio menor que nuestro precio

A veces, cuando está en la Etapa del deducible y en la Etapa del período sin cobertura, puede comprar el medicamento en una **farmacia de la red** a un precio menor que nuestro precio.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O bien, usted puede tener una tarjeta de descuento fuera de los beneficios del plan que ofrece un precio inferior.
- Salvo que se apliquen condiciones especiales, usted debe utilizar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe estar incluido en nuestra Lista de medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** si está en la Etapa del deducible y en la Etapa del período sin cobertura, no pagaremos ninguna parte de estos costos de los medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a cumplir más rápidamente con los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

2. Cuando usted recibe un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos fuera de los beneficios del plan. Si usted recibe un medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos considerar los gastos de bolsillo en su calificación para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** puesto que usted está recibiendo el medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, este no pagará ninguna parte de los costos de estos medicamentos. El envío del recibo nos permite calcular correctamente los costos que paga de su bolsillo y puede ayudarle a cumplir más rápidamente con los requisitos para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Debido a que no está solicitando un pago en ninguno de los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan 199

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)..... 199

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos 200

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud protegida..... 200

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos. 210

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 212

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado 214

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos? 214

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos? 215

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 215

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades? 215

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder las preguntas de los miembros con alguna discapacidad y que no hablan español. También tenemos a su disposición materiales en otros idiomas. Comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros para solicitar materiales en un idioma que no sea español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos de manera gratuita, si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene dificultades para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja al Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield of California Promise Health Plan al 1-800-544-0088 (TTY: 711). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre. También puede presentar un reclamo llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto está incluida en esta Evidencia de cobertura o en este envío, o puede comunicarse con el Departamento de Servicios para los miembros para obtener más información.

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services Department (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. Written materials may also be available in other languages; contact Member Services to request materials in a language other than English. We can also give you information in Braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact the Civil Rights Coordinator. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact the Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Blue Shield of California Promise Health Plan Member Services at 1-800-544-0088 (TTY: 711). Hours are 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week, from October 1st – March 31st and 8 a.m. – 8 p.m. weekdays, from April 1st – September 30th. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos (el Capítulo 3 da una explicación más amplia). Llame al Departamento de Servicios para los miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Como miembro del plan, tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o a reabastecerlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto se explica lo que puede hacer. (Si se ha rechazado la cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 4 del Capítulo 9 se explica lo que puede hacer).

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

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y la información personal de salud. Protegemos su información de salud protegida según lo exigido por estas leyes.

- Su “información de salud protegida” incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina “Notice of Privacy Practice” (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- En la mayoría de los casos, si le suministramos su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito antes de hacerlo*. Usted puede otorgar la autorización por escrito, o bien, alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones en su nombre.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones son permitidas o requeridas por la ley.
    - Por ejemplo, se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos, mantenidos en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de salud para decidir si los cambios deben realizarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información protegida de salud, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Aviso sobre prácticas de privacidad

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR, Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO ATENTAMENTE.

Sus derechos

Tiene derecho a lo siguiente:

- Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos.
- Corregir sus registros médicos y de reclamaciones.
- Solicitar comunicaciones confidenciales.
- Solicitarnos la información que compartimos.
- Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido su información.
- Obtener una copia de este aviso de privacidad.
- Elegir a una persona para que actúe en su nombre.
- Presentar un reclamo si cree que se han infringido sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Usted tiene algunas opciones con respecto a la manera en que usamos y compartimos información cuando:

- Respondemos preguntas sobre la cobertura de sus familiares y amigos.
- Brindamos asistencia en caso de desastre.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información para lo siguiente:

- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe.
- Administrar nuestra organización.
- Pagar sus servicios de salud.
- Administramos nuestro plan de salud.
- Ayudar con temas de seguridad y salud pública.
- Investigar.
- Cumplir con la ley.
- Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico examinador o el director de una funeraria.
- Abordar solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de ley y otras solicitudes del gobierno.

- Responder demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle.

Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones y de otra información de salud que tenemos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, por lo general, dentro de los 30 días de su solicitud. Es posible que cobremos un cargo razonable basado en los costos.

Pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamos si considera que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le daremos la razón por escrito en un plazo de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que lo contactemos de una manera específica (por ejemplo, al teléfono del hogar o del trabajo) o le enviemos correos a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos aceptarlas si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.
- Solicítenos limitar lo que usamos o compartimos.
- Puede solicitarnos que no usemos o compartamos cierta información de salud para el tratamiento, el pago o nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud y podemos rechazarla si afectaría su atención.

Obtener una lista de las personas con las que hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (relación detallada) de las veces que hemos compartido su información de salud durante seis años antes de la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y porqué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la atención médica y otras divulgaciones (como las que usted nos solicite realizar). Le proporcionaremos un informe gratis por año, pero le cobraremos un cargo razonable según los costos si solicita otro dentro de un período de 12 meses.

Obtener una copia de este aviso de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de este aviso en cualquier momento, incluso si ha acordado recibir el aviso en formato electrónico. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a una persona para que actúe en su nombre

- Si le ha entregado a alguien un poder de representación médica o si alguien es su apoderado, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones respecto de su información de salud.
- Nos aseguraremos de que esta persona tenga esta autoridad y que pueda tomar decisiones por usted antes de realizar alguna acción.

Presentar un reclamo si cree que se han infringido sus derechos

- Puede reclamar si cree que hemos infringido sus derechos poniéndose en contacto con nosotros, (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

- Puede presentar un reclamo ante la Oficina de derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos enviando una carta a la siguiente dirección:

  U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights
  200 Independence Avenue, S.W.
  Washington, D.C. 20201

  O llamando al 1-877-696-6775, o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

- No tomaremos represalias contra usted por presentar un reclamo.

Sus opciones

Para cierta información de salud, puede decirnos cuáles son sus opciones en cuanto a lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, usted tiene tanto el derecho como la opción de decirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartamos información en una situación de asistencia en caso de desastre.

Si no puede decirnos lo que prefiere, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si consideramos que es lo mejor para usted. Podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

En estos casos, nunca compartimos su información a menos que usted nos autorice por escrito:

- Fines de marketing
- Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿De qué manera usamos o compartimos generalmente su información de salud? Por lo general, usamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que usted recibe

- Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo tratan. Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y tratamiento para que podamos coordinar los servicios adicionales.

Administrar nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y ponernos en contacto con usted cuando sea necesario.
- No estamos autorizados a utilizar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo. Ejemplo: utilizamos su información de salud para desarrollar mejores servicios para usted.

Pagar sus servicios de salud

- Podemos usar y divulgar su información de salud para pagar sus servicios de salud. Ejemplo: compartimos su información con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo odontológico.

Administrar su plan

- Podemos divulgar su información de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

  Ejemplo: su compañía nos contrata para proporcionar un plan de salud, y nosotros le proporcionamos a su compañía ciertas estadísticas que explican las primas que cobramos.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información de salud? Estamos autorizados u obligados a compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que

contribuyen al bien público, como salud pública e investigación. Tenemos que cumplir muchas condiciones según la ley antes de que podamos compartir su información con estos fines. Para obtener más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayudar con temas de seguridad y salud pública

Podemos compartir su información de salud en ciertas situaciones, por ejemplo, para lo siguiente:

- Prevenir enfermedades.
- Ayudar a retirar productos del mercado.
- Informar reacciones adversas a medicamentos.
- Informar sobre supuesto abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Impedir o disminuir una amenaza grave a la salud o seguridad de alguna persona.

Investigar

- Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Cumplir con la ley

- Compartiremos su información si lo requieren las leyes federales o estatales, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos en caso de que quiera saber si estamos cumpliendo con la ley de privacidad federal.

Respondemos a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un médico examinador o el director de una funeraria.

- Podemos compartir su información de salud con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un médico forense, médico examinador o el director de una funeraria cuando muere una persona.

Abordar solicitudes de compensación laboral, cumplimiento de ley y otras solicitudes del gobierno

- Podemos usar o compartir su información de salud:
- Para reclamaciones de compensación laboral.
- Para propósitos relacionados con el cumplimiento de la ley o con un funcionario de cumplimiento de la ley.
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.
- Para funciones especiales del gobierno, como actividad militar, seguridad nacional y servicios de protección para el presidente.

Responder demandas y acciones legales

- Podremos compartir su información de salud en respuesta a una orden judicial o administrativa o en respuesta a una citación.

Tipos específicos de información médica: existen requisitos más estrictos para el uso y la divulgación de algunos tipos de información, por ejemplo, información del paciente sobre salud mental y abuso de drogas y alcohol, y resultados de análisis de VIH. Sin embargo, existen otras circunstancias en las que estos tipos de información pueden ser utilizados o divulgados sin su autorización.

Abuso o negligencia: por ley, podemos revelar su información médica ante la autoridad correspondiente para informar presuntas situaciones de abuso o negligencia de adultos mayores para identificar a las supuestas víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.

Presos: en virtud de la ley federal que exige que le demos este aviso, los presos no tienen los mismos derechos que otros individuos sobre el control de su información médica. Si usted se encuentra preso en un instituto correccional o en custodia de un funcionario de cumplimiento de la ley, podremos divulgar su información médica a la institución correccional o a la entidad encargada del cumplimiento de la ley para ciertos propósitos, por ejemplo, para proteger su salud o seguridad o la de alguien más.

Todos los otros usos y divulgaciones de su información médica requieren su autorización previa por escrito: excepto para aquellos usos y divulgaciones descritos anteriormente, no utilizaremos ni divulgaremos su información médica sin su autorización por escrito. Cuando se requiera su autorización y usted nos autorice a usar o divulgar su información médica para algún propósito, podrá revocar dicha autorización mediante una notificación por escrito en cualquier momento. Tenga en cuenta que la revocación no se aplicará a cualquier uso o divulgación autorizado de su información médica que se haya realizado antes de que hayamos recibido su revocación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige que mantengamos la privacidad y seguridad de su información de salud protegida.
- Le informaremos de inmediato si se produce alguna situación de incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia.
- No usaremos ni divulgaremos su información de ninguna otra manera que no sean las que se describen aquí, a menos que nos lo autorice por escrito. Si nos autoriza, puede cambiar su opinión en cualquier momento. Si cambia de opinión, infórmenos por escrito.

Para obtener más información, consulte:
www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html

Cambios en los términos de este aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible cuando lo solicite, en nuestra página web, y le enviaremos una copia por correo.

Fecha de entrada en vigencia: 09/23/2013

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, o quiere presentar un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o llame a la línea directa de información de Blue Shield of California Promise Health Plan al 1-877-837-6057. También puede escribir a nuestra Oficina de Privacidad a la siguiente dirección:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Attention: Privacy Officer
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

o a la Oficina de Privacidad de Blue Shield of California Promise Health Plan a privacy@blueshieldca.com, o llame a nuestra Línea Directa de Privacidad al 1-888-266-8080.

Nota: Blue Shield of California Promise Health Plan obtendrá y mantendrá todos los acuerdos y las objeciones relacionados con la restricción o prohibición de algunos o todos los usos y las divulgaciones.

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de derechos civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos al notificar a la Oficina de derechos civiles de los Estados Unidos al 1-866-OCR-PRIV (1-866-627-7748); los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-788-4989.

Funcionario de privacidad del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS):

Correo electrónico: privacyofficer@dhcs.ca.gov
Teléfono: 916-445-4646, Fax: 1-916-440-7680
Dirección: C/O Office of HIPAA Compliance DHCS, P.O. Box 997413, MS 4722, Sacramento, CA 95899-7413
Página web: www.privacy.ca.gov

Departamento de Salud y Servicios Humanos

Attention: Office for Civil Rights
Teléfono: 1-800-368-1019
Dirección: Regional Manager, 90 7th Street, Suite 4-100, San Francisco, CA 94103.

Presentar un reclamo de manera electrónica usando el portal de reclamos de la OCR

- Abra el portal de reclamos de la OCR y elija el tipo de reclamo que quiere presentar.

  Complete tanta información como sea posible, lo que incluye:

  1. Información sobre usted, la persona que presenta el reclamo.
  2. Detalles del reclamo.
  3. Cualquier información adicional que podría ayudar a la OCR cuando revise su reclamo.
     - Luego deberá firmar de manera electrónica el reclamo y completar el formulario de consentimiento.
     - Después de completar el formulario de consentimiento podrá imprimir una copia de su reclamo para conservar para sus registros.
     - No tomaremos represalias contra usted si decide presentar un reclamo sobre nuestras prácticas de privacidad.

Presentar un reclamo usando el paquete de reclamos sobre discriminación relacionada con los derechos civiles

- Abra y llene el Formulario de reclamos sobre discriminación relacionada con los derechos civiles en formato PDF. Necesitará el software Adobe Reader para llenar los formularios de reclamos y consentimiento. Usted puede:

  1. imprimir y enviar por correo o fax los formularios de queja y consentimiento completos a la oficina regional de la OCR adecuada; o
  2. enviar por correo electrónico los formularios de reclamos y consentimiento completos a OCRComplaint@hhs.gov. (Tenga en cuenta que la comunicación a través de correos electrónicos sin cifrar representa un riesgo de que la información que puede identificarle personalmente que contiene ese correo electrónico pueda ser interceptada por terceros no autorizados).

Presentar un reclamo sin usar el paquete de reclamos sobre discriminación relacionada con los derechos civiles

Si lo prefiere, puede presentar un reclamo por escrito en un formato de su elección. Asegúrese de incluir la siguiente información:

1. Su nombre.
2. Dirección completa.
3. Números de teléfono (incluya el código de área).
4. Dirección de correo electrónico (si tiene).
5. Nombre, dirección completa y número de teléfono de la persona, agencia u organización que cree que lo ha discriminado.
6. Breve descripción de lo sucedido. Cómo, por qué y cuándo cree que se infringieron sus derechos civiles (o los de otra persona).

7. Cualquier otra información relevante.
8. Su firma y la fecha del reclamo.

Si presenta un reclamo en nombre de otra persona, proporcione además el nombre dicha persona.

Si envía el reclamo por correo o por fax, asegúrese de enviarlo a la oficina regional de la OCR apropiada (consulte abajo), según el lugar donde tuvo lugar la supuesta violación de los derechos. La OCR tiene diez oficinas regionales y cada una cubre estados específicos. Envíe su reclamo al gerente regional de la OCR. Si envía los formularios de reclamo y consentimiento por correo electrónico, no necesita firmarlos porque el envío por correo representa su firma.

Región IX: San Francisco (Samoa Americana, Arizona, California, Guam, Hawái, Nevada)

Regional Manager, Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

Teléfono 1-800-368-1019
FAX 1-415-437-8329
TDD 1-800-537-7697

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

En su condición de miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le proporcionemos información de una manera que sea conveniente para usted. Esto incluye la obtención de información en idiomas diferentes del español y en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos).

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre el número de apelaciones hechas por los miembros y la evaluación del rendimiento del plan, incluida la forma en que ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

- **Información acerca de nuestros proveedores de la red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
  - Por ejemplo, usted tiene derecho a obtener de nosotros información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
  - Para obtener una lista de los proveedores y las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores y farmacias*.
  - Para obtener información más detallada sobre los proveedores o las farmacias, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o visitar nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/medicare.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.**
  - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se explica qué servicios médicos tienen cobertura para usted, cualquier restricción a su cobertura, y qué normas debe seguir para obtener la cobertura de sus servicios médicos.
  - Para obtener más detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 5 y el Capítulo 6 de este folleto, y la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan. En estos capítulos, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se describe qué medicamentos están cubiertos y las normas que debe cumplir, así como las restricciones que se aplican a la cobertura para determinados medicamentos.
  - Si tiene preguntas sobre las normas o restricciones, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o medicamento de la Parte D no tiene cobertura para usted, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción, puede pedirnos una explicación por escrito. Usted tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia fuera de la red.
  - Si usted no está satisfecho o si está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Nos puede pedir que cambiemos la decisión a través de una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si algo no está cubierto para usted de la manera que usted considera que debería estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Le proporciona los detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también explica cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros asuntos).

- Si quiere pedirle a nuestro plan que pague la parte correspondiente de una factura que recibió por concepto de atención médica o de un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de salud cuando solicite atención médica. Sus proveedores deben explicar su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Esto significa que usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su precio o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Desde luego que si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para su atención.** Usted tiene derecho a que nosotros le brindemos una explicación si un proveedor ha negado una atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, usted deberá pedirnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto indica cómo pedirle al plan una decisión de cobertura.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si está inhabilitado para tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, usted puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **"directivas anticipadas"**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos denominados "**testamento vital**," "**poder de representación para las decisiones de atención médica**" son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una "directiva anticipada", para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Si desea preparar directivas anticipadas, puede pedirle un formulario a su abogado o al asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede contactar al Departamento de Servicios para los miembros para pedir estos formularios (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- **Llenarlo y firmarlo.** Independientemente de donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Usted debe considerar solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Usted debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona que tome las decisiones por usted en caso de que usted no pueda. Es recomendable que también les entregue copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Asegúrese de guardar una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

- Si usted ingresa al hospital, se le preguntará si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.

- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si ha firmado directivas anticipadas y considera que el médico o el hospital no han seguido las instrucciones consignadas en ese documento, puede presentar un reclamo ante Livanta, la Organización para la mejora de la calidad (QIO) del estado de California, al 1-877-588-1123; los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-855-887-6668.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, en el Capítulo 9 de este folleto se indica lo que puede hacer. Proporciona los detalles sobre cómo tratar todo tipo de problemas y reclamos. Lo que debe hacer para el seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es posible que deba pedirle a nuestro plan tomar una decisión de cobertura para usted, presentar ante nosotros una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar un reclamo. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación, o presentar un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información sobre las apelaciones y reclamos que otros miembros han presentado en el pasado en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que lo trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para los miembros** (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.8 ¿Cómo puede obtener más información sobre sus derechos?

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para los miembros** (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más información sobre esta organización y cómo contactarla, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare**.
  - Puede visitar la página web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en: https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Estamos aquí para ayudar.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** En este folleto sobre la *Evidencia de cobertura*, aprenderá lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre sus servicios médicos, incluido lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas por seguir, y lo que paga.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos recetados, debe comunicárnoslo.** Llame al Departamento de Servicios para los miembros para informarnos (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
    - Debemos seguir ciertas normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted utilice la totalidad de su cobertura en combinación cuando obtenga los servicios cubiertos de nuestro plan. A esto se lo denomina "**coordinación de beneficios**" porque implica la coordinación de los beneficios de salud y medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y medicamentos a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Dígales a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.
    - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le den la mejor atención, aprenda todo lo que pueda acerca de sus problemas de salud y proporcióneles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si usted tiene preguntas, no dude en hacerlas. Se espera que sus médicos y otros proveedores de atención médica expliquen las cosas de una manera que usted pueda entender. Si hace una pregunta, pero no entiende la respuesta que recibió, pregunte nuevamente.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe pagar las primas del plan para seguir siendo miembro de nuestro plan.

  - Para poder ser elegible para nuestro plan, usted debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para la Parte A de Medicare. La mayoría de los miembros del plan debe pagar una prima para la Parte B de Medicare para poder seguir siendo miembros del plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento. Este será un copago (un monto fijo) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le explica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que usted debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si usted recibe algún servicio médico o medicamento que no estén cubiertos por nuestro plan, o por otro seguro que pueda tener, debe pagar el costo total.
    - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **Díganos si cambia de domicilio.** Si se va a mudar, es importante que nos lo comunique de inmediato. Llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.** (El Capítulo 1 informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a averiguar si se está mudando fuera de nuestra área de servicio. Si se va de nuestra área de servicio, tendrá un Período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos averiguar si contamos con algún plan en la nueva área.
  - **Incluso si se muda *dentro* del área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
  - Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame al Departamento de Servicios para los miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos las sugerencias que pueda tener sobre cómo mejorar nuestro plan y sobre nuestra política de derechos y responsabilidades.
  - Los números de teléfono y las horas en las que puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros están impresos en la portada posterior de este folleto.
  - Para obtener más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, incluida nuestra dirección de correo, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Capítulo 9. Lo que debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

ANTECEDENTES 222

SECCIÓN 1 Introducción 222

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 222

Sección 1.2 Acerca de los términos legales 222

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 223

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 223

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 223

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamos? 223

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES 224

SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 224

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general 224

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación 225

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación? 227

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 227

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención 227

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea) 229

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan) 233

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2 237

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica? 239

SECCIÓN 6 Medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 240

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D 241

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción? 243

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones 245

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 246

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan) 250

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 253

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 255

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos 256

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital 257

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital 260

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 261

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 264

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) 264

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura 265

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 266

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo 269

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1? 270

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 273

Sección 9.1 Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos 273

Sección 9.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelaciones para medicamentos de la Parte D..... 274

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS 276

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 276

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?..... 276

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar un reclamo” es “interponer una queja”..... 278

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo 278

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad 279

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo 280

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos tipos de problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y de apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe utilizar el **proceso para presentación de reclamos.**

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar la imparcialidad y la pronta tramitación de sus problemas, cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

¿Cuál utiliza? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto a seguir.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender.

Para simplificar las cosas, este capítulo explica las normas y los procedimientos legales con palabras más simples en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar un reclamo” en lugar de “interponer una queja”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “Organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”. También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil y, a veces, es bastante importante, conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentre. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor claridad y precisión cuando quiera tratar algún problema y obtener la ayuda o información adecuada para usted. Para ayudarle a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para manejar determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de las organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Algunas veces, puede ser confuso iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si no se siente bien o no tiene suficiente energía. Otras veces, es posible que no tenga el conocimiento que necesita para dar el siguiente paso.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos a su disposición para ayudarle. Pero en algunas situaciones es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre podrá ponerse en contacto con su **Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (SHIP)**. Este programa gubernamental ha formado asesores en cada estado. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, encontrará los números de teléfono.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda en el manejo de un problema, también puede ponerse en contacto con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar la página web de Medicare (https://www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso para presentar reclamos?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud específica, **EMPIECE AQUÍ**.

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

(Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, "Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones".**

No. Mi problema no es sobre los beneficios o la cobertura.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **"Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

El proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que usted usa para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Petición de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por

ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que reciba atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no se siente satisfecho con ella, usted puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos revisar y modificar una decisión de cobertura que hayamos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Su apelación es gestionada por personas diferentes de las que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o acelerada, o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si se rechaza su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. A la apelación de Nivel 2, la evalúa una organización independiente que no está conectada con nuestro plan. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. En otras situaciones, usted nos pedirá una apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está solicitando una decisión de cobertura o presentando una apelación

¿Desea algún tipo de ayuda? Estos son los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos al Departamento de Servicios para los miembros** (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no esté relacionada con nuestro plan, póngase en contacto con su Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.**
  - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación posterior al Nivel 2, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede solicitar que alguien intervenga en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que intervenga en su nombre como su representante, para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
  - Puede haber alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante en virtud de la ley estatal.
  - Si quiere que un amigo, pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) y pida el formulario "Nombramiento de representante legal". (El formulario también está disponible en la página web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/medicare). El formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe por usted.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado o buscar a otro profesional del colegio de abogados de su localidad o a través de otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted cumple con los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.3 ¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles de cada uno en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto"
- **Sección 8** de este capítulo: "Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto" (*se aplica solo a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como su SHIP (la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto tiene los números de teléfono para este programa).

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección se describen los beneficios que tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*. Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "cobertura para atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en lugar de

repetir cada vez las expresiones “atención, tratamiento o servicios médicos”. El término “atención médica” incluye productos y servicios médicos, y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué forma las normas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las normas para los productos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que el plan cubre dicha atención.
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención.
3. Recibió atención o servicios médicos que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención.
4. Recibió atención o servicios médicos, y pagó por ellos, y cree que el plan debería cubrirlos, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud.
   - NOTA: **si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF),** debe leer otra sección dentro de este capítulo porque se aplican normas especiales para estos tipos de atención. Esto es lo que debe leer en tales situaciones:
     - Sección 7 del Capítulo 9: *Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
     - Sección 8 del Capítulo 9: *Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección trata solo acerca de tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un CORF.
   - Para *todas las demás* situaciones en las que se le haya dicho que la atención médica que ha estado recibiendo será suspendida, use esta sección (Sección 5) como su guía sobre lo que tiene que hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si vamos a cubrir la atención médica o los servicios que usted quiere?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5.2**.
¿Le ha comunicado el plan que no cubriremos ni pagaremos un servicio médico de la forma que usted querría que lo hiciéramos?	Puede presentar una **apelación**. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 5.3** de este capítulo.
¿Desea pedirle a nuestro plan que le reembolse servicios o atención médica que ya ha recibido y pagado?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la **Sección 5.5** de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirle al plan que autorice o brinde cobertura para la atención médica que desea)

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **"determinación de la organización"**.

<u>Paso 1:</u> usted le pide a nuestro plan tomar una decisión de cobertura sobre la atención médica que está solicitando. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una **"decisión rápida de cobertura".**

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una **"determinación acelerada"**.

Cómo solicitar la cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico, o su representante pueden hacer esto.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D*.

Por lo general, usamos los plazos estándares para informarle nuestra decisión

Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar" a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". **La decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días** calendario después de recibida su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es de un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **No obstante,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico**, si usted pide más tiempo o si necesitamos recopilar más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- **Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos en el plazo de 24 horas.**
  - **No obstante,** para una solicitud **de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días** calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta alguna información que podría beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos información para la revisión. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. (Para

obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- **Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a la cobertura para atención médica que *aún no ha recibido*. (No puede obtener una decisión rápida de cobertura si su solicitud es sobre el pago de la atención médica que haya recibido).
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.*
- **Si su médico le dice que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente se la proporcionaremos.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Normalmente, para una decisión rápida de cobertura sobre una solicitud de un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos **en el plazo de 24 horas.**
  - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días adicionales en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos dedicar más

tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en un plazo de 72 horas (o si hay una extensión del plazo, al final de ese período), o en un plazo de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 más adelante se explica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura para la atención médica que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud por un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración detallada por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura"

- Normalmente, para una decisión estándar de cobertura sobre una solicitud para un artículo o servicio médico, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud.** Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
  - Para una solicitud por un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("una extensión del plazo") en determinadas circunstancias. Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo notificaremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos la respuesta en un plazo de 14 días calendario (o si hay una extensión del plazo al final de ese período), o en 72 horas si su solicitud es de

un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, usted tiene derecho a apelar. En la Sección 5.3 más adelante se explica cómo presentar una apelación.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en un plazo de 14 días calendario, o en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de haber recibido la solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura sobre su solicitud por un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura hasta el final de ese período extendido.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted decide si desea hacer una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión, y tal vez que cambiemos esta decisión, mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere.
- Si decide apelar, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura sobre atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura sobre atención médica se llama una **"reconsideración"** del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta la apelación. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante debe ponerse en contacto con nosotros.** Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en*

contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sobre los medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación estándar por escrito y envíe una solicitud.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sobre los medicamentos recetados de la Parte D*).
    - Si un tercero, que no sea su médico, está apelando nuestra decisión, debe adjuntar el Formulario de designación de un representante en el que autoriza a esta persona a representarlo. (Para obtener el formulario, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros [en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono] y solicite el formulario de "Designación de un representante". También está disponible en la página web de Medicare en https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestra página web en www.blueshieldca.com/promise/medicare. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar con nuestra revisión o terminarla si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicarán sus derechos a pedir que una Organización de revisión independiente revise nuestra decisión o rechace su apelación.
- **Si está solicitando una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos** al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no haberlo hecho, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica y añadir más información para respaldar su apelación.**
    - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.

- Si lo desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una "apelación rápida" (puede realizar una solicitud por teléfono)

Términos legales
Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada".**

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de una atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y procedimientos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida de cobertura. (Estas instrucciones se dieron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos dice que su salud requiere una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura para atención médica. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección,

le hablamos sobre esta organización y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si utilizamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta sobre una solicitud de un artículo o servicio médico **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si esta es sobre la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que podría beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico**.** Si decidimos tomar días adicionales para tomar la decisión, se lo notificaremos por escrito. No podemos dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
  - Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar un "reclamo rápido" sobre nuestra decisión de tomar días adicionales. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, incluidos los reclamos rápidos, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le damos una respuesta para la fecha indicada en la solicitud (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales para decidir sobre su solicitud para un artículo o servicio médico), estamos obligados a remitir su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos proporcionar en el plazo de 30 días calendario, o **en el plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, después de recibir su apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso 3: si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **estamos obligados a enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Cuando hacemos esto, significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa nuestra decisión de su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE".**

Paso 1: la Organización de revisión independiente revisa su apelación.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si en el Nivel 1 tuvo una apelación "rápida", recibirá automáticamente una apelación "rápida" en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si se le concedió una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si se le concedió una apelación "estándar" en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en el plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de revisión independiente no puede dedicar más tiempo a tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: la Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la Organización de revisión acepta parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión en el caso de una solicitud estándar, o en el plazo de 72 horas desde la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión en el caso de una solicitud acelerada.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de la solicitud para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en disputa en un plazo de **72 horas** de recibida la decisión de la organización de revisión en el caso de una **solicitud estándar**, o en el plazo de **24 horas** desde la fecha en la que recibimos la decisión de la organización de revisión en el caso de una **solicitud acelerada.**

- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").
  - Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando debe cumplir un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, lo que significa que la decisión en el Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de revisión independiente le indicará cómo conocer el monto en dólares necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibió después de su apelación de Nivel 2.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

Si quiere solicitarnos el pago de la atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto, *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4:

Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]). También comprobaremos si ha seguido todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica (estas normas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para obtener servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica por la que pagó tiene cobertura y siguió todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. O, si aún no ha pagado por los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (El envío del pago equivale a *aceptar* su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por los servicios y las razones. (Si rechazamos su solicitud de pago, equivale a *negar* su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué pasa si solicita el pago y le decimos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la parte 5.3 de esta sección. Consulte esta parte para obtener las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para el reembolso, tenemos que darle nuestra respuesta en el plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si nos solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado usted mismo, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de revisión independiente revoca nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

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

¿Leyó la Sección 4 de este capítulo (*Una guía para "los fundamentos" de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? Si no lo ha hecho, tal vez le convenga leerla antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura para muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* de nuestro plan. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de "medicamento" en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener más detalles sobre lo que queremos decir con medicamentos de la Parte D, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, las normas y las restricciones respecto de la cobertura e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura de nuestro plan para los medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Como se comentó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura".**

Estos son ejemplos de decisiones de cobertura que nos pide que tomemos sobre sus medicamentos de la Parte D:

- Nos pide que hagamos una excepción, como las siguientes:
    - Solicitarnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)*.
    - Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener).

  - Pedirnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto que está en un nivel de costo compartido más alto.

- Preguntarnos si un medicamento está cubierto en su caso y si cumple cualquier norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, pero es obligatorio que obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlo en su caso).

  - *Tenga en cuenta lo siguiente:* si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, usted obtendrá un aviso por escrito en el que se explica cómo contactarnos para solicitar una decisión de cobertura.

- Pedirnos que paguemos por un medicamento recetado que ya ha comprado. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura sobre el pago.

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

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Utilice el cuadro que aparece debajo para ayudarle a determinar qué parte tiene información para su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o necesita que no apliquemos una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	¿Quiere que cubramos un medicamento en nuestra Lista de medicamentos y usted cree que cumple con todas las restricciones o normas del plan (como obtener la aprobación del plan por adelantado) para el medicamento que necesita?	¿Quiere pedirnos que le reembolsemos el precio de un medicamento que ya ha recibido y pagado?	¿Le hemos comunicado que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la forma que usted querría que lo hiciéramos?
Puede pedirnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la **Sección 6.2** de este capítulo.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura. Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede pedirnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la **Sección 6.4** de este capítulo.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos está pidiendo que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la **Sección 6.5** de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que con las otras decisiones de cobertura, si denegamos su solicitud de una excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).*** (Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos", para abreviarla).

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario".**

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrimos un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos de Nivel 4, medicamentos de marca no preferidos. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del copago o del coseguro que usted debe pagar por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción de nuestra cobertura para un medicamento cubierto**. Se aplican otras normas o restricciones a determinados medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos del plan (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario".**

- Las normas y restricciones adicionales sobre la cobertura de ciertos medicamentos incluyen las siguientes:
  - *Que se exija utilizar la versión genérica* de un medicamento en lugar del de marca.
  - *Que se obtenga la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Esto suele denominarse "autorización previa").
  - *Que se exija probar primero con otro medicamento* antes de que aceptemos cubrir el medicamento que nos pide. (Esto suele denominarse "tratamiento escalonado").
  - *Límites de cantidades*. Algunos medicamentos tienen restricciones sobre la cantidad del medicamento que puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en la cantidad de copago o coseguro que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.

Términos legales
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel".**

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamento(s) alternativo(s) para tratar su condición médica que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al/a los medicamento(s) alternativo(s). Esto reduciría su parte del costo del medicamento.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de producto biológico para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su condición.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitar que cubramos su medicamento al monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su condición.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos o del Nivel 5: medicamentos especializados.
- Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya

esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Habitualmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos "alternativos". Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos no funcionen igual de bien para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud de una excepción, puede pedir una revisión de nuestra decisión mediante la presentación de una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

Esta sección le indica cómo pedir una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

<u>Paso 1:</u> puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura sobre los medicamentos que necesita o sobre el pago. Si su salud exige una respuesta rápida, debe pedirnos que tomemos una "decisión rápida de cobertura". No puede solicitar una decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** Comience por llamar, escribir o enviarnos un fax para realizar su solicitud. Usted, su representante o su médico (o la persona autorizada a dar recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestra página web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D*. O si nos solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte la sección titulada *Dónde puede enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió.*

- **Usted, su médico u otra persona que actúe en su nombre** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si quiere que le reembolsemos el costo de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos.* En el Capítulo 7, se explican las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También se indica cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ha pagado.
- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo".** Su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben explicarnos los motivos médicos que justifican que hagamos la excepción del medicamento que solicita. (A esto le llamamos "declaración de respaldo"). Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos por fax o correo la declaración. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita ya sea por fax o por correo, si fuera necesario. Para obtener más información sobre las solicitudes de excepción, consulte las Secciones 6.2 y 6.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestra página web.

Términos legales
Una "decisión rápida de cobertura" se denomina una **"determinación acelerada de cobertura".**

Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una "decisión rápida de cobertura"

- Cuando le comuniquemos nuestra decisión, usaremos el plazo "estándar" a no ser que hayamos aceptado usar el plazo "rápido". Una decisión estándar de cobertura significa que le daremos una respuesta en un plazo 72 horas después de recibida la declaración de su médico. Una decisión rápida de cobertura significa que tendremos una respuesta en un plazo 24 horas después de recibida la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida de cobertura**, **debe cumplir con dos requisitos:**
  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si su pedido hace referencia a un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una

decisión rápida de cobertura si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).

  - Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si la vía de plazos estándares pudiera *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.

- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una "decisión rápida de cobertura", aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.**
- Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura (sin el apoyo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas), decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.
  - Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se lo informaremos (y usaremos los plazos estándares en su lugar).
  - En esta carta se le dirá que si su médico o la persona autorizada a dar recetas piden una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente tomar una decisión rápida de cobertura.
  - En la carta también se le explicará cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Le indica cómo presentar un "reclamo rápido", lo que significa que recibirá nuestra respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas de recibido el reclamo. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de reclamos, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: consideraremos su solicitud y le daremos una respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Si aplicamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si aplicamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - Generalmente, esto significa en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud. Si está solicitando una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión estándar de cobertura" sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación implica pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y posiblemente que la cambiemos.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

Términos legales
Una apelación al plan sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **"redeterminación"** del plan.

Paso 1: nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una **"apelación rápida".**

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con nosotros.**
  - Para obtener más detalles sobre cómo puede ponerse en contacto con nosotros por teléfono, fax o correo, o a través de nuestra página web por cualquier cuestión relacionada con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, realice su apelación mediante el envío de una solicitud por escrito.** También puede solicitar una apelación por teléfono, llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D*).
- **Si está solicitando una apelación rápida, puede hacerlo por escrito o por teléfono llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** (Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D).
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestra página web.

- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a su solicitud sobre la decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene una buena razón para no haberlo hecho, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada por no haber cumplido el plazo: una enfermedad muy grave le impidió contactarnos o le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.**
  - Usted tiene derecho a pedirnos una copia de la información sobre su apelación. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
  - Si así lo desea, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden brindarnos información adicional para respaldar su apelación.

Términos legales
Una "apelación rápida" también se llama una **"redeterminación acelerada".**

Si su salud lo requiere, pídanos una "apelación rápida"

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión rápida de cobertura" que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación rápida"

- Cuando utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos una respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se

describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación estándar"

- Si usamos los plazos estándares, tenemos que darle nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación para un medicamento que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige. Si cree que su salud lo requiere, debería solicitar una "apelación rápida".
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, se describe esta organización de revisión y se explica lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó.**
  - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar tan pronto como lo requiera su salud, pero **no más allá de los 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
  - Si aprobamos una solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, también debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

- Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en el plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 14 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos qué sucede en la apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después recibir su solicitud.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte a continuación).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere aceptar esta decisión o continuar presentando otra apelación. Si decide pasar a una apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión independiente** revisa la decisión tomada al rechazar su primera apelación. Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE".**

Paso 1: para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe ponerse en contacto con la Organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para 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 deberá respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de revisión independiente, le enviaremos a esta organización la información que tenemos sobre su apelación. A esta información se la denomina su "expediente de caso". **Tiene derecho a pedirnos una copia del archivo de su caso**. Estamos autorizados a cobrar un cargo por las copias y el envío de esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: la Organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le comunica una respuesta.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que Medicare elige para revisar nuestras decisiones con respecto a sus beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y le explicará las razones en las que se basó.

Plazos para una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una "apelación rápida" a la Organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

Plazos para una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a la apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
  - **Si la Organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó:**
    - Si la Organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.
    - Si la Organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización rechaza su apelación, eso implica que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación").

Si la Organización de revisión independiente "confirma la decisión", usted tiene derecho a una apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando debe cumplir una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final. El aviso que reciba de la Organización de revisión independiente le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: si el valor en dólares de la cobertura que está solicitando cumple con los requisitos, usted decide si quiere continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada y cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si quiere avanzar al Nivel 3 y hacer una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso escrito que recibió después de su segunda apelación.
- A la apelación de Nivel 3 la maneja un juez administrativo o un abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de 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 el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. También ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la "**fecha del alta**".

- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud. Esta sección le indica cómo solicitarla.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Durante la hospitalización cubierta, recibirá un aviso por escrito denominado *"An Important Message from Medicare about Your Rights"* (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso siempre que son ingresadas en un hospital. Alguien en el hospital (un asistente social, una enfermera) debe dárselo dentro de un plazo de dos días después de haber ingresado. Si no tiene el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En el aviso se explican sus derechos como paciente hospitalizado, incluidos los siguientes:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización, y saber quién pagará por ella.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a apelar la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos legales
El aviso por escrito de Medicare le explica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata".** Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo. (La Sección 7.2 a continuación le explica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**

- Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta (su médico o el personal del hospital le indicarán su fecha del alta). Firmar el aviso ***no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso firmado para que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede verla en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una "revisión rápida" de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no más allá de la fecha prevista del alta**. (La "fecha prevista del alta" es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
    - Si usted cumple con este plazo, se le autorizará a permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello*, mientras espera la decisión sobre su apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.
    - Si *no* cumple con este plazo y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentar la apelación directamente a nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una "revisión rápida":

- Debe pedirle a la Organización para la mejora de la calidad que efectúe una **"revisión rápida"** del alta. Pedir una "revisión rápida" significa que le pide a la organización que use plazos "rápidos" para una apelación en lugar del plazo estándar.

Términos legales
Una "**revisión rápida**" también se denomina "**revisión inmediata**" o "**revisión acelerada**".

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores le informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta y se le explicarán en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Términos legales
La explicación por escrito se denomina **"Aviso detallado del alta".** Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.

Paso 3: en un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión *acepta* la apelación, **debemos seguir brindándole servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **la cobertura del plan para los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a la apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para la mejora de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de su fecha prevista del alta, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario de recibida la solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "confirmar la decisión".
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación del alta del hospital. ("Rápido" significa antes de dejar el hospital y no después de su fecha prevista del alta). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Términos legales
A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada".**

Paso 1: contáctenos y pídanos una "revisión rápida".

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sobre los medicamentos recetados de la Parte D.*
- **No se olvide de pedir una "revisión rápida**". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si su fecha prevista del alta fue médicamente apropiada. Comprobaremos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y seguía todas las normas.
- En esta situación, usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que sigue necesitando permanecer en el hospital después de la fecha del alta, y seguiremos proporcionándole servicios hospitalarios para paciente hospitalizado cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación rápida,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
  - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, una **Organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE".**

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro

plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha prevista del alta. Nosotros debemos seguir brindando cobertura para sus servicios hospitalarios para paciente hospitalizado durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con una Apelación de Nivel 3, que la maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (por un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión o ir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)

Esta sección hace referencia *solo* a los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que está recibiendo.
- **Atención de enfermería especializada** que está recibiendo como paciente de un centro de atención de enfermería especializada. (Para obtener información sobre los requisitos para poder considerar un centro como "centro de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Normalmente, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponde de los costos y cualquier limitación de cobertura que pueda corresponder, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

1. **Recibirá un aviso por escrito.** Al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención, usted recibirá un aviso.
   - En el aviso por escrito se le indica la fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - También se le indica qué puede hacer si quiere pedirle a nuestro plan que cambie su decisión con respecto a cuándo finaliza la cobertura de su atención, y que siga cubriéndola durante un período más prolongado.

Términos legales
Como le indica qué puede hacer, el aviso por escrito le explica cómo puede solicitar una **"apelación acelerada"**. Solicitar una apelación acelerada es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. (La Sección 7.3 más adelante le dice cómo puede solicitar una apelación acelerada). El aviso por escrito se denomina **"Aviso de la no cobertura de Medicare".** Para obtener una copia de muestra, puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver una copia en línea en https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html.

2. **Debe firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.**
   - Usted o alguien que actúe en su nombre tienen que firmar el aviso. (La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante).
   - La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará la cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con el plan de que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explica cada paso en los dos primeros niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de que comprende y sigue los plazos correspondientes a lo que debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir con plazos. (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguros de salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una apelación de Nivel 1 a tiempo, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación y decide si debe cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: solicite su apelación de Nivel 1: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización está integrada por un grupo de médicos y otros expertos de salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Comprueban la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y revisan las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió se le explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. (O encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Pídale a esta organización una "apelación acelerada" (que realice una revisión independiente) respecto a si es médicamente apropiado para nosotros finalizar la cobertura para sus servicios médicos.

Su plazo para ponerse en contacto con esta organización.

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad *antes del mediodía del día posterior a recibir el aviso por escrito en el que se le indica cuándo dejaremos de cubrir su atención*.
- Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, puede presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de atención médica de la Organización para la mejora de la calidad (los llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.

- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, y usted también recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación se denomina **"Explicación detallada de no cobertura".**

Paso 3: dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.** Dejaremos de pagar la parte de los costos de esta atención en la fecha que aparece en el aviso.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que se cancela su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que hace es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted decide continuar recibiendo la atención una vez que su cobertura ha finalizado, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión que tomaron en su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que termina su cobertura.

El Nivel 2 del proceso de apelaciones tiene los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días de recibida su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.

- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo continuar con el siguiente nivel de apelación, que lo maneja un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. A la apelación de Nivel 3 la revisa un juez administrativo o un abogado mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

En su lugar, puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explica anteriormente en la Sección 8.3, debe actuar rápido para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para ponerse en contacto con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se vence el plazo para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarnos directamente la apelación pidiendo una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa plazos rápidos en lugar del plazo estándar.

Estos son los pasos de la apelación de Nivel 1 alternativa:

Términos legales
A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación acelerada”.**

Paso 1: contáctenos y pídanos una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica o sobre los medicamentos recetados de la Parte D.*

- **No se olvide de pedir una "revisión rápida**". Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares".

Paso 2: hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a revisar toda la información sobre su caso. Comprobamos si seguimos todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos los plazos "rápidos" en lugar de los estándares para darle una respuesta a esta revisión.

Paso 3: le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de pedir una "revisión rápida" ("apelación rápida").

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: si *rechazamos* su apelación rápida, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de que seguimos todas las normas cuando rechazamos su apelación rápida, **se nos pide enviar su apelación a una "Organización de revisión independiente".** Al hacer esto, significa que usted va *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativas*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de revisión**

independiente revisa la decisión que tomamos al rechazar su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión que tomamos debe cambiarse.

Términos legales
El nombre formal para la "Organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente".** A veces se la denomina **"IRE".**

Paso 1: enviaremos su caso automáticamente a la Organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 ante la Organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informamos que vamos a rechazar su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: la Organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- **La Organización de revisión independiente es una organización independiente externa que contrata Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía que elige Medicare para ser la Organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si corresponden límites de cobertura, estos podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan respecto de la primera apelación y no la modificará.
    - En el aviso que reciba de la Organización de revisión independiente se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con una apelación de Nivel 3.

Paso 3: si la Organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede elegir aceptar esa decisión o ir al Nivel 3 y presentar otra apelación. A la apelación de Nivel 3 la revisa un juez administrativo o un abogado mediador.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es suficientemente alto, la respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**un juez (denominado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir *o no*.** Decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del juez administrativo o abogado mediador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en cuestión.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4:	el **Consejo de apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra petición de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2 (Organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo de apelaciones.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5:	un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que recibe en su apelación de Nivel 2 explicará cómo ponerse en contacto y qué hacer para pedir una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3:	**un juez (denominado juez administrativo) o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 4:	el Consejo de apelaciones **de Medicare (Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Lo que ha solicitado en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o brindarle la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días** calendario después de recibir la decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en el aviso escrito

que reciba también se le indicará con quién ponerse en contacto y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5:	un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Si tiene problemas con las decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la indicada*. En su lugar, debe usar el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Vaya a la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

En esta sección, se explica cómo se puede utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Si tiene cualquiera de estos tipos de problemas, puede "presentar un reclamo"

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Cree que alguien no respetó el derecho a su privacidad o compartió información que usted considera que debería ser confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en nuestro Departamento de Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de atención médica? ¿O por el Departamento de Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera, en la sala de consulta o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene de nosotros	• ¿Cree que no le hemos dado un aviso que estamos obligados a darle? • ¿Cree que la información por escrito que le hemos dado es difícil de comprender?
Oportunidad (Estos tipos de reclamos se relacionan con lo oportuno de las medidas que tomemos respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones)	El proceso de pedir una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si está pidiendo una decisión o presentando una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de reclamos. Sin embargo, si ya nos ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, también puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Si ha pedido que le demos una “respuesta rápida de cobertura” o una “apelación rápida”, y le hemos dicho que no lo haremos, puede presentar un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo los plazos para darle una decisión de cobertura o la respuesta a una apelación que ha presentado, puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión de cobertura tomada y se nos indica que debemos cubrir o reembolsar ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le damos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de enviar su caso a la Organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo obligatorio, puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 El nombre formal para "presentar un reclamo" es "interponer una queja"

Términos legales
• En esta sección, un **"reclamo"** también se denomina **"queja"**. • Otro término para **"presentar un reclamo"** es **"interponer un reclamo".** • Otra forma de decir **"usar el proceso para reclamos"** es **"usar el proceso para interponer una queja".**

Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de un reclamo

Paso 1: póngase en contacto con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar al Departamento de Servicios para los miembros.** Si hay algo que necesite hacer, el Departamento de Servicios para los miembros se lo indicará. Puede llamar al Departamento de Servicios para los miembros al 1-800-544-0088 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los horarios son de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.

- Acusaremos recibo de su queja por escrito dentro de los cinco (5) días de su recepción. Llevaremos a cabo una revisión de sus problemas. Es posible que solicitemos sus registros médicos como parte de nuestra revisión. Le enviaremos por correo una respuesta a su reclamo dentro de los treinta (30) días a partir de su recepción. Debemos atender su queja con la rapidez que requiera su caso sobre la base de su estado de salud, pero sin que transcurran más de treinta (30) días desde la recepción de su reclamo. Podemos ampliar el plazo hasta catorce (14) días si solicita una ampliación, o si se justifica la necesidad de información adicional y el retraso le conviene.

  Si no está de acuerdo con nuestra decisión de extender el plazo, puede presentar un reclamo. Si presenta un reclamo porque no está de acuerdo con la extensión del plazo, automáticamente le daremos un "reclamo rápido". Si se le ha concedido un "reclamo rápido", quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Independientemente de si llama o escribe, debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros inmediatamente.** El reclamo debe presentarse en el plazo de 60 días calendario después de haber tenido el problema sobre el que quiere reclamar.

- **Si presenta un reclamo porque se rechazó su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación rápida", automáticamente le concederemos un "reclamo rápido".** Si se le ha concedido un "reclamo rápido", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.

Términos legales
En esta sección, un **"reclamo rápido"** también se denomina **"queja acelerada"**.

Paso 2: analizaremos su reclamo y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica. Si su condición médica requiere que respondamos rápidamente, así lo haremos.

- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días más (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.

- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo o si no nos hacemos responsables del problema por el que está reclamando, se lo comunicaremos. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta contestación. Debemos responder si aceptamos el reclamo o no.

Sección 10.4 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Usted puede realizar un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió de nuestra parte a través del proceso paso a paso que se describe arriba.

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la mejora de la calidad**. Si lo prefiere, puede presentar su reclamo sobre la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos el reclamo).

    - La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos que ejercen y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

- Para encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado, busque en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta un reclamo ante esta organización, colaboraremos con ellos para resolver su reclamo.

- **O puede presentar su reclamo ante ambos sitios al mismo tiempo**. Si así lo desea, puede presentarnos su reclamo sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la mejora de la calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus reclamos de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está tratando su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cancelación de su membresía en el plan

Capítulo 10. Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción ... 283

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan ... 283

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ... 283

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual ... 283

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período abierto de inscripción de Medicare Advantage ... 284

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial ... 285

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía? ... 286

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ... 287

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan... 287

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 288

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan ... 288

SECCIÓN 5 Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones ... 289

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan? ... 289

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud ... 290

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan ... 290

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque ha decidido que *quiere* dejarlo.
  - Solo hay ciertos momentos durante el año, o ciertas situaciones, para que pueda cancelar voluntariamente su membresía en el plan. La Sección 2 indica *cuándo* usted puede cancelar su membresía en el plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía dependiendo de qué tipo de cobertura nueva está eligiendo. La Sección 3 describe *cómo* puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no decide dejarlo, pero nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, debe continuar recibiendo su atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante determinados momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de dejar el plan durante el Período de inscripción anual y durante el Período abierto de inscripción anual de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, también puede ser elegible para dejar el plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período abierto de inscripción anual"). Este es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y medicamentos y tomar una decisión sobre la cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo es el Período de inscripción anual?** El período es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
  - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  - *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

  Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período abierto de inscripción de Medicare Advantage

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período abierto de inscripción de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Período abierto de inscripción anual de Medicare Advantage?** Es todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiar durante el Período abierto de inscripción anual de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, usted puede realizar lo siguiente:

  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).

  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, tiene tiempo hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare para agregar cobertura para medicamentos.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados 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 ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

- **¿Quién cumple con los requisitos para un Período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con el plan, llamar a Medicare o visitar la página web de Medicare (https://www.medicare.gov):
  - En general, cuando se muda.
  - Si tiene Medicaid.
  - Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
  - Si violamos nuestro contrato con usted.
  - Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC).
  - Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).
  - **Nota:** si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos.
- **¿Cuáles son los Períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según cada caso.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es

elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura médica como su cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
  - **Si usted recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo se cancelará su membresía?** Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que se recibe su solicitud para cambiar su plan.

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

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar al Departamento de Servicios para los miembros** (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- Puede encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2020*** (Medicare y usted 2020).
  - Cada otoño, todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual *Medicare & You* (Medicare y usted). Los nuevos miembros de Medicare la reciben en el plazo de un mes después de que se inscriban por primera vez.
  - También puede descargar una copia de este documento de la página web de Medicare (https://www.medicare.gov). O puede llamar a Medicare al número que figura más abajo para pedir una copia impresa.
- Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, solo tiene que inscribirse en otro plan Medicare durante uno de los períodos de inscripción (para obtener información sobre los períodos de inscripción, consulte la Sección 2 de este capítulo). No obstante, si quiere pasar de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que le cancelen la inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de pedir que cancelen su inscripción:

- Puede hacernos el pedido a nosotros por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).
- *O bien*, puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

  Nota: si cancela su cobertura para medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados por un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare). Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción en Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción en Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare. o **Nota:** si cancela su inscripción en un plan de medicamentos recetados de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos recetados, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener información sobre la multa por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). • Puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan se cancelará cuando comience la cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que se cancele su membresía, sigue siendo miembro de nuestro plan

Si deja Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, es posible que pase algún tiempo antes de que su membresía se cancele y su nueva cobertura de Medicare entre en vigencia. (Para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura, consulte la Sección 2). Durante este tiempo, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar usando las farmacias de nuestra red para resurtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** Normalmente, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si se obtienen en una farmacia de la red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, su hospitalización estará generalmente cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan debe cancelar su membresía en el plan si ocurre cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si usted se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, deberá llamar al Departamento de Servicios para los miembros para averiguar si el lugar donde se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan. (En la portada posterior de este folleto, encontrará impresos los números de teléfono del Departamento de Servicios para los miembros).
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos o su permanencia en los Estados Unidos no es legal.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos recetados.
- Si nos da intencionalmente información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- Puede llamar al **Departamento de Servicios para los miembros** para obtener más información (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Sección 5.2 Nosotros no podemos pedirle que cancele su inscripción en el plan por ningún motivo relacionado con su salud

Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan no está autorizado a pedirle que se retire de nuestro plan por alguna razón relacionada a su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También tenemos que explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía. Puede consultar la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 293

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 293

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare..... 293

SECCIÓN 4 Aviso sobre la responsabilidad de terceros 294

SECCIÓN 5 Aviso sobre no discriminación en virtud de la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio 295

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de cobertura* y es posible que se apliquen algunas disposiciones adicionales porque lo exige la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas en virtud de esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen contra la discriminación o la falta de imparcialidad. No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido 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 a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos al Departamento de Servicios para los miembros (en la portada posterior de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). Si usted tiene un reclamo, como un problema de acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para los miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los

CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

SECCIÓN 4 Aviso sobre la responsabilidad de terceros

Si usted sufre una lesión o enfermedad que es responsabilidad de un tercero, debido a un acto intencional o de negligencia u omisión que ocasione dicha lesión o enfermedad, le enviaremos una declaración de los cargos razonables por los servicios proporcionados relacionados con la lesión o enfermedad. Los cargos se calcularán según se muestra a continuación. Sin embargo, no tendrá que hacernos ningún pago hasta que se determine la responsabilidad financiera mediante la resolución del caso, la sentencia judicial u otro.

Si usted recupera cualquier monto de dinero por parte del tercero responsable, debe notificarnos de inmediato. Se nos debe reembolsar dicha recuperación por parte del tercero en concepto de los cargos que se establecen en la declaración que le enviamos, la cual se encuentra sujeta a los límites descritos en los siguientes párrafos.

a) El monto de nuestro gravamen se calculará de la siguiente manera:

i. En el caso de los servicios de atención médica que no se proporcionen de manera capitativa, el monto real que el plan, el grupo médico o la Asociación de práctica independiente pagan al proveedor médico del tratamiento.

ii. Si los servicios se proporcionaron de manera capitativa, el ochenta por ciento (80%) del cargo normal por los mismos servicios proporcionados de manera no capitativa dentro de la misma zona geográfica donde se proporcionaron los servicios.

iii. Si se le proporcionaron servicios de manera capitativa y no capitativa, y nuestro proveedor contratado para los servicios capitativos paga por los servicios no capitativos que usted recibió, dicho gravamen no deberá exceder la suma de lo siguiente:
   (i) Los costos razonables reales que se pagaron para perfeccionar el gravamen.
   (ii) Los montos que se determinaron de conformidad con “a” y “b” anteriormente.

b) Nuestra máxima recuperación del gravamen está sujeta a las siguientes limitaciones:

i. Si usted contrató un abogado, el gravamen no puede exceder el monto inferior de los siguientes:

   (i) El monto máximo determinado en el punto 1 anterior.

   (ii) O bien, un tercio (1/3) del dinero que tiene derecho a recibir por cualquier sentencia definitiva, arreglo o acuerdo de liquidación.

ii. Si usted no contrató un abogado, el gravamen no puede exceder el monto inferior de los siguientes:

   (i) El monto máximo determinado en el punto 1 anterior.

   (ii) O bien, la mitad (1/2) del dinero que tiene derecho a recibir por cualquier sentencia definitiva, arreglo o acuerdo de liquidación.

c) Nuestras recuperaciones del gravamen están sujetas a estas reducciones adicionales:

i. Si un juez, jurado o árbitro determina que usted se encontraba parcialmente en falta, nuestra recuperación del gravamen se reducirá en un porcentaje comparativamente similar a la reducción de su recuperación.

ii. Una reducción prorrata en concepto de los honorarios y gastos razonables del abogado (si los hubiera).

Los límites anteriores sobre las recuperaciones de gravámenes no se aplican a los gravámenes de indemnización por accidentes laborales.

Conforme a las limitaciones indicadas anteriormente, usted le concede a *Blue Shield of California Promise Health Plan* una asignación, una reclamación y un gravamen por cualquier monto de recuperación por un acuerdo, una sentencia o un veredicto. Es posible que le exijamos que ejecute los documentos y proporcione la información necesaria para determinar la asignación, la reclamación o el gravamen para constatar el monto correcto de recuperación.

Además, hemos delegado, por contrato, a los proveedores el derecho a asegurar los derechos de retención de terceros sobre nuestros miembros por los servicios de atención médica que le brindó el proveedor o que le fueron acordados.

Los grupos médicos, los médicos y las asociaciones de médicos independientes contratados que aseguran derechos de gravamen sobre los miembros deben hacerlo de acuerdo con los procedimientos que se establecen anteriormente.

SECCIÓN 5 Aviso sobre no discriminación en virtud de la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio

La discriminación es ilegal

Blue Shield of California Promise Health Plan cumple con las leyes estatales y federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Blue Shield of California Promise Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad.

Blue Shield of California Promise Health Plan ofrece:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, tales como:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

- Servicios gratuitos de idiomas a personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Blue Shield of California Promise Health Plan.

Si considera que Blue Shield of California Promise Health Plan no proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad, puede presentar una queja ante:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755
Teléfono: (844) 883-2233 (TTY: 711)
Fax: (323) 889-2228
Correo electrónico: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

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

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, por vía electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a la siguiente dirección:

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

Los formularios de reclamo están disponibles en http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de servicios de atención médica o medicamentos recetados o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si no pagamos por un medicamento, artículo o servicio que usted cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso relacionado con presentar una apelación.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, en caso de que el plan limite la membresía según el lugar donde viven las personas. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). El plan puede cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Asociación de médicos independientes (IPA): un grupo médico o una asociación de médicos independientes (IPA) es una organización formada en virtud de la ley de California que celebra contratos con los planes de salud para brindar o coordinar las prestaciones de los servicios de atención médica a las personas inscritas en el plan de salud.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que: 1) brinda un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos en el formulario o no. Algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nosotros. Los medicamentos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de atención médica a domicilio: un auxiliar de atención médica a domicilio brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos). Los auxiliares de atención médica a domicilio no tienen una licencia de enfermería ni ofrecen terapia.

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Cancelar o **cancelación de la inscripción**: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (su elección) o involuntaria (cuando no es su elección).

Cantidad del ajuste mensual relacionada al ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del IRS hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y una cantidad del ajuste mensual relacionada al ingreso, también conocida como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que ofrece una variedad de servicios como servicios médicos, fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro para enfermos terminales: una persona inscrita con una expectativa de vida de 6 meses o menos tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como también los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro para enfermos terminales brindará el tratamiento especial para su estado.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con los CMS.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos recetados de Medicare.

Cobertura para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta como paciente ambulatorio en un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto establecido más que un porcentaje. Por ejemplo, puede pagar $10 o $20 por una visita al médico o por un medicamento recetado.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague como su parte de los costos por los medicamentos recetados y servicios. El coseguro es a menudo un porcentaje (por ejemplo, 20%).

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. (Esto es complementario a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de "copago" que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día. Esto significa que paga $1 por cada día del suministro cuando obtiene su medicamento recetado.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de obtener un medicamento recetado. El costo de suministro cubre costos tales como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de "costo compartido". El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro "paga de su bolsillo".

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial es la atención personal que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional y que ayudan con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos recetados o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Departamento de Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros, consulte el Capítulo 2.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento recetado. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: el plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando este toma una decisión sobre si los servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Dispositivos ortésicos y protésicos: estos son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los artículos cubiertos, se incluyen dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento normal de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida, un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o condición médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para pacientes diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos para generar el habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para el uso en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos, después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $6,350 en concepto de medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

Etapa de cobertura inicial: etapa antes de que el monto total de los costos de sus medicamentos, incluidos los montos que usted ha pagado y lo que el plan ha pagado a su nombre para el año, alcance $4,020.

Evidencia de cobertura (EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de su plan (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, o si el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de Blue Shield Promise Coordinated Choice Plan, solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que su plan indica que debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia en la que los miembros del plan pueden obtener los beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. Como se explicó en esta Evidencia de cobertura, la mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Grupo médico: un grupo médico o una asociación de médicos independientes (IPA) es una organización formada en virtud de la ley de California que celebra contratos con los planes de salud para brindar o coordinar las prestaciones de los servicios de atención médica a las personas inscritas en el plan de salud.

Hospitalización: una hospitalización ocurre cuando usted ha sido ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente ambulatorio".

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la FDA y respaldado por ciertos libros de referencia. Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 del Capítulo 5.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido de tiempo.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o "Lista de medicamentos"): una lista medicamentos recetados cubiertos por el plan. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, seleccionó los medicamentos de esta lista. La lista incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Medicaid (o Asistencia médica): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted cumple con los requisitos para Medicare y Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2, se incluye más información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

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

Medicamento de marca: medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y venden los medicamentos genéricos, y normalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamentos cubiertos: es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos recetados que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. (Consulte su formulario para ver una lista específica de los medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron excluidas específicamente por el Congreso y no están cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón). Las personas que tienen Medicare pueden obtener su cobertura médica de Medicare a través de Original Medicare, un plan Medicare Cost, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Médico de atención primaria (PCP): su médico de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien usted visita primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que tenga el cuidado que necesita para mantenerse saludable. También puede hablar con otros médicos y con otros proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su médico de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica. Para obtener información sobre los médicos de atención primaria, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3.

Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"): una persona con Medicare que cumple con los requisitos para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios de la Parte A y de la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga el plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de médicos que ejercen y otros expertos en atención médica a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte, en la Sección 4 del Capítulo 2, la información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO de su estado.

Original Medicare ("Medicare tradicional" o plan Medicare con "pago por servicio"): el plan Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de la salud los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte "Plan Medicare Advantage (MA)".

Parte D: es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare. (Para que sea más fácil referirnos al programa de beneficios de medicamentos recetados, lo denominaremos Parte D).

Período abierto de inscripción de Medicare Advantage: un tiempo establecido cada año para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a Original Medicare o hacer cambios en su cobertura de la Parte D. El Período abierto de inscripción es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2020.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de los hospitales y de los centros de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención para pacientes hospitalizados o atención especializada en un SNF durante 60 días consecutivos. Si lo internan en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción anual: un tiempo establecido, durante el otoño, en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos y salud o elegir Original Medicare. El Período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud o medicamentos, o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son: si se aleja del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de convalecencia, o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el 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 termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales: es un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de convalecencia o que tienen ciertas afecciones crónicas.

Plan de Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan independientemente de si se reciben de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido por el miembro será normalmente

superior cuando se reciben los beneficios de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferido) como fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, Programas piloto/demostraciones y Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (PACE).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser una HMO, PPO, un Plan privado de pago por servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos recetados) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**. Todos los que tengan la Parte A y la Parte B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Plan Medicare Cost: un plan Medicare Cost es un plan operado por una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos en virtud de la sección 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de atención integral para las personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible mientras obtienen los servicios de atención de calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través del plan.

Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud para una cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare: es un programa que les brinda descuentos para la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los inscritos en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén

recibiendo "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, pero no todos, tienen descuentos.

Proveedor de la red: "proveedor" es el término general que usamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un convenio 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. Nuestro plan paga a los proveedores de la red conforme al acuerdo que tiene con los proveedores o si los proveedores aceptan brindarle servicios cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: es un proveedor o centro con el que no hemos acordado coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan, y además no han firmado un contrato para ofrecerle servicios cubiertos a usted. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica cómo usar proveedores o centros fuera de la red.

Queja: un tipo de reclamo que se presenta sobre nosotros o alguno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluidos los reclamos acerca de la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Reclamo: el nombre formal para "presentar un reclamo" es "interponer una queja". El proceso de reclamos se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Queja" en esta lista de definiciones.

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

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: los servicios de urgencia incluyen la atención brindada para tratar a una enfermedad, lesión o condición imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser brindados por proveedores dentro o fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente.

Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de los servicios del centro incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera matriculada o un médico.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su condición médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.