

evidencia de cobertura

Sus beneficios y servicios de salud y la
cobertura de medicamentos recetados
de Medicare como Miembro de

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare como miembro de Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de atención de la salud y de medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Atención al Cliente al (800) 452-4413. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.

Este plan, Blue Shield TotalDual Plan, es ofrecido por California Physicians' Service (que opera bajo el nombre de Blue Shield of California). (En esta Evidencia de Cobertura, los términos "nosotros", "nos" o "nuestro/a/os/as" hacen referencia a California Physicians' Service [que opera bajo el nombre de Blue Shield of California]. Los términos "plan" o "nuestro plan" hacen referencia a Blue Shield TotalDual Plan).

Este documento está disponible sin costo en español.

Si desea recibir esta *Evidencia de Cobertura* en un formato alternativo (por ejemplo, en braille, en letra grande o en formatos alternativos), comuníquese con Atención al Cliente al (800) 452-4413 para solicitar información adicional. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.

Es posible que, a partir del 1 de enero de 2024, haya cambios en los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Se le enviará un aviso cuando sea necesario. Les comunicaremos los cambios a las personas inscritas afectadas con al menos 30 días de anticipación.

Es responsabilidad de nuestro plan coordinar sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid).

Este documento le explica sus beneficios y derechos. Úselo para obtener información sobre lo siguiente:

- la prima y los costos compartidos de su plan;
- sus beneficios médicos y de medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y
- otras protecciones que exigen las leyes relacionadas con Medicare.

H5928_22_383D_055_C SP SNR 09272022

Evidencia de Cobertura para el año 2023**Índice**

CAPÍTULO 1: <i>Los primeros pasos como miembro</i>	6
SECCIÓN 1 Introducción	7
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	9
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados con su membresía.....	11
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Shield TotalDual Plan	13
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	16
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía en el plan	18
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan	19
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	21
SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield TotalDual Plan (cómo comunicarse con nosotros y cómo obtener acceso a Atención al Cliente).....	22
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	27
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin cargo)	29
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	30
SECCIÓN 5 Seguro Social	31
SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid)	32
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	34
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario.....	37
SECCIÓN 9 Puede recibir asistencia a través de las Agencias del Área Especializadas en Adultos Mayores.....	38
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos</i>	39
SECCIÓN 1 Aspectos que debe tener en cuenta para recibir atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan.....	40
SECCIÓN 2 Acuda a proveedores dentro de la red del plan para recibir su atención médica y otros servicios.....	42
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia, necesita atención urgente u ocurre una catástrofe	46
SECCIÓN 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente a usted el costo total de sus servicios?	48

Índice

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?	49
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”	51
SECCIÓN 7	Normas para la adquisición de equipos médicos duraderos	52
CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar		55
SECCIÓN 1	Cómo entender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos	56
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de Beneficios Médicos</i> para conocer qué está cubierto y cuánto pagará	58
SECCIÓN 3	¿Qué servicios están cubiertos fuera de la red de Blue Shield TotalDual Plan?	126
SECCIÓN 4	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan, Medicare (exclusiones) o Medi-Cal (Medicaid)?	127
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D		131
SECCIÓN 1	Introducción	132
SECCIÓN 2	Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan	133
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de Medicamentos” del plan	137
SECCIÓN 4	Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos	139
SECCIÓN 5	¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría?	141
SECCIÓN 6	¿Qué pasa si se cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?	143
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	146
SECCIÓN 8	Hacer surtir una receta	147
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	148
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos	150
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D		153
SECCIÓN 1	Introducción	154
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que está cuando obtiene el medicamento	157
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que le explican los pagos por sus medicamentos y le indican en qué etapa de pago está	157
SECCIÓN 4	Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5	159

Índice

SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción de sus costos por medicamentos y usted paga la suya.....	160
SECCIÓN 6	Costos durante la Etapa de Brecha de Cobertura.....	164
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga la mayor porción del costo de sus medicamentos	165
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga	165
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>.....		168
SECCIÓN 1	Casos en los cuales usted debería solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos.....	169
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido.....	171
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa	172
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>.....		174
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	175
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	182
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>.....		184
SECCIÓN 1	Introducción	185
SECCIÓN 2	Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada.....	186
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema?.....	187
SECCIÓN 4	Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....	188
SECCIÓN 5	Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones	189
SECCIÓN 6	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	192
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	200
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente.....	211
SECCIÓN 9	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente	219
SECCIÓN 10	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes.....	226

Índice

SECCIÓN 11	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	229
SECCIÓN 12	Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)	233
CAPÍTULO 10:	<i>Cómo terminar su membresía en el plan</i>	235
SECCIÓN 1	Introducción a la terminación de su membresía en el plan	236
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?	236
SECCIÓN 3	¿Cómo termina su membresía en nuestro plan?	240
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan	241
SECCIÓN 5	Blue Shield TotalDual Plan debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones	241
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	244
SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	245
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación	245
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare	245
SECCIÓN 4	Administración de la Evidencia de Cobertura	246
SECCIÓN 5	Colaboración del miembro	246
SECCIÓN 6	Cesión	246
SECCIÓN 7	Responsabilidad del empleador	246
SECCIÓN 8	Responsabilidad de los organismos gubernamentales	246
SECCIÓN 9	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos	246
SECCIÓN 10	Beneficios de indemnización por accidentes laborales o por responsabilidad civil del empleador	247
SECCIÓN 11	Restitución de un pago en exceso	247
SECCIÓN 12	Lesiones causadas por terceros	247
SECCIÓN 13	Aviso acerca de la participación en el sistema de intercambio de información sobre la salud	248
SECCIÓN 14	Denuncia de fraude, desperdicio y abuso	249
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	251

Índice

CAPÍTULO 1:

Los primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Blue Shield TotalDual Plan, que es un plan Medicare Advantage especializado (Plan de Necesidades Especiales)
--------------------	--

Usted cuenta con la cobertura de Medicare y Medi-Cal (Medicaid):

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medi-Cal (Medicaid)** es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal, que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medi-Cal (Medicaid) varía según el estado y el tipo de Medi-Cal (Medicaid) que usted tenga. Algunas personas con Medi-Cal (Medicaid) reciben ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido recibir su cobertura de atención de la salud y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Blue Shield TotalDual Plan. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, en este plan, los costos compartidos y el acceso a los proveedores son diferentes a los de Medicare Original.

Blue Shield TotalDual Plan es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención de la salud. Blue Shield TotalDual Plan está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir la asistencia de Medi-Cal (Medicaid).

Debido a que usted recibe la asistencia de Medi-Cal (Medicaid) con su costo compartido de las Partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no tenga que pagar nada por sus servicios de atención de la salud de Medicare. Medi-Cal (Medicaid) también puede ofrecerle otros beneficios mediante la cobertura de servicios de atención de la salud, como medicamentos recetados, atención a largo plazo y/o servicios de atención en el hogar y comunitarios, que generalmente no están cubiertos por Medicare. También es posible que reciba la “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. Blue Shield TotalDual Plan lo ayudará a administrar todos estos beneficios, lo que le permitirá recibir ayuda con los pagos y los servicios de atención de la salud a los que tiene derecho.

Blue Shield TotalDual Plan es administrada por una organización sin fines de lucro. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa de Medi-Cal (Medicaid) de California para coordinar sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Nos complace

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

brindarle su cobertura de atención de la salud de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

La cobertura de este plan cumple con los requisitos exigidos para ser considerada una cobertura de salud calificada (QHC, por sus siglas en inglés) y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida de la Patient Protection and Affordable Care Act (ACA, Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Económica). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families.

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

El documento *Evidencia de Cobertura* le explica cómo obtener atención médica y medicamentos recetados de Medicare. Le brinda información sobre sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que debe pagar como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o con un tratamiento.

La palabra “cobertura” y la frase “servicios cubiertos” se refieren a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados que están a su disposición como miembro de Blue Shield TotalDual Plan.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios están a su disposición. Lo invitamos a dedicar el tiempo necesario a leer este documento denominado *Evidencia de Cobertura*.

Si tiene alguna duda, inquietud o simplemente una pregunta, comuníquese con Atención al Cliente.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted respecto de la manera en que Blue Shield TotalDual Plan cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* y todos los avisos que reciba de nosotros acerca de cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. A estos avisos a veces se los denomina “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato será válido durante los meses en los que usted esté inscrito en Blue Shield TotalDual Plan entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

En cada nuevo año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de Blue Shield TotalDual Plan después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]) debe aprobar Blue Shield TotalDual Plan todos los años.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Usted puede seguir recibiendo todos los años la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan en la medida en que decidamos seguir ofreciendo el plan y que Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Los requisitos que debe reunir para obtener acceso al plan

Usted podrá obtener acceso a nuestro plan como miembro siempre que cumpla con todos los requisitos siguientes:

- Usted cuenta con la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Usted vive en nuestra área geográfica de servicio. (En la Sección 2.3 a continuación, se describe nuestra área de servicio). En el caso de las personas encarceladas, por más que estén ubicadas físicamente en el área geográfica de servicio, no se considerará como que viven en ella.
- Usted es ciudadano de los Estados Unidos o está en el país de manera legal.
- Usted reúne los requisitos especiales que se describen a continuación para obtener acceso al plan.

Los requisitos especiales que se deben reunir para obtener acceso a nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal, que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. A fin de reunir los requisitos necesarios para nuestro plan, usted debe reunir los requisitos necesarios tanto para Medicare como para Medi-Cal (Medicaid).

Para tener en cuenta: Si deja de reunir los requisitos, pero puede esperarse razonablemente que vuelva a reunirlos dentro de seis meses, entonces aún podrá obtener acceso a nuestro plan como miembro (en la Sección 2.1 del Capítulo 4, se brinda información acerca de la cobertura y los costos compartidos durante un período en el que se considera que se reúnen los requisitos de manera continuada).

Sección 2.2 ¿Qué es Medi-Cal (Medicaid)?

Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal, que ayuda a cubrir los costos médicos y de la atención a largo plazo de algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada estado determina qué se considera como ingresos y recursos, quiénes reúnen los requisitos, qué servicios están cubiertos y el costo de los servicios. Los estados también pueden determinar cómo administrar su programa, en la medida en que cumplan con las pautas federales.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Además, hay programas ofrecidos por medio de Medi-Cal (Medicaid) que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Cada año, estos “Programas de Ahorro de Medicare” (Medicare Savings Programs) ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero:

- **Beneficiario de Medicare que cumple con los requisitos (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Algunas personas también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid).
- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B. Algunas personas también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid).
- **Otro Beneficiario con Doble Elegibilidad y Beneficios Integrales (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Algunas personas también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid).

Sección 2.3 Área de servicio del plan para Blue Shield TotalDual Plan

Blue Shield TotalDual Plan está disponible únicamente para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. Se describe el área de servicio a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados dentro de California: condados de Orange y San Bernardino.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Atención al Cliente para ver si tenemos un plan en su nueva área. Una vez que se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva localidad.

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

Sección 2.4 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en el país

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar en los Estados Unidos de manera legal. Medicare (el organismo Centros para los Servicios de Medicare

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]) le avisará a Blue Shield TotalDual Plan si usted no reúne los requisitos necesarios para seguir siendo miembro en función de esta condición. Blue Shield TotalDual Plan deberá cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados con su membresía

Sección 3.1 Tarjeta de membresía de su plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe presentarle su tarjeta de Medi-Cal (Medicaid) al proveedor. Este es un ejemplo de la apariencia de su tarjeta de membresía:

 <p>Member: MEMBER NAME LINE 1 MEMBER NAME LINE 2 MemberID: AMP112345678 Copayments: PCP/\$PC/SPC/ER SXX/\$SXX/SXX PCP: PCP NAME LINE 1 PCP NAME LINE 2 PCP Ph: (555) 123-4567 IPA NAME LA/SD LINE 1</p>	 <p>PBP PLAN NAME LINE 2 LINE 3 Health Plan: (80840) Group #: E0001000 Effective Date: MM/DD/YYYY</p> <hr/> <p>RxBIN:004336 RxPCN:77993322 CMS ID: H5928-PBP</p>	<p>blueshieldca.com/medicare</p> <p>Customer Care (800) 776-4466 (TTY: 711) Transportation (877) 433-2178 NurseHelp 24/7 (877) 304-0504 Pharmacy Help Desk (888) 970-0933 Behavioral Health (800) 776-4466 (TTY: 711)</p> <p><small>This member has limited benefit coverage of their in service area and outside of California. Member: In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service area the member received services or, when Medicare is primary, file all claims with Medicare. CA Providers: Most claims should be filed with the member's IPA/Medical Group. Call Provider Customer Service to obtain medical information prior authorization to avoid reduced or non-payment. Pharmacists call for prescription processing. *Restriction: Visit Provider connection at: blueshieldca.com/provider Submit Medical Claims to: Blue Shield of California, P.O. Box 372640, Chico, CA 95937-2640 Submit Claims to: Blue Shield of California, P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066 Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.</small></p>
--	---	--

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras es miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Blue Shield TotalDual Plan, es posible que el costo total de los servicios médicos corra por su propia cuenta. Guarde su tarjeta de Medicare en un sitio seguro. Es posible que deba mostrarla cuando necesite servicios hospitalarios o servicios de atención paliativa, o bien cuando participe en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, conocidos también como ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Atención al Cliente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

El *Directorio de Proveedores* incluye detalles sobre los proveedores de la red. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y demás centros de atención de la salud que tienen convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como la totalidad del pago.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Usted debe usar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Se le exigirá que visite a médicos u otros especialistas que estén afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es una organización de médicos, especialistas y centros que tienen contrato con los planes de salud para coordinar y brindarle servicios de atención de la salud. El grupo médico que le asignaron aparece en el frente de su tarjeta de identificación de miembro. Para cambiar de grupo médico, puede comunicarse con Atención al Cliente. Si se atiende fuera de la red sin la autorización apropiada, deberá pagar la totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (es decir, en aquellas situaciones en las que no es razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que Blue Shield TotalDual Plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La versión más actualizada de la lista de proveedores está disponible en nuestro sitio web blueshieldca.com/find-a-doctor.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitarla a Atención al Cliente.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El Directorio de Farmacias incluye detalles sobre las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han acordado surtir las recetas de medicamentos cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre las situaciones en las que puede usar farmacias que no forman parte de la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia a Atención al Cliente. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web blueshieldca.com/medpharmacy2023. También puede llamar a Atención al Cliente para solicitar información actualizada sobre los proveedores o pedirnos que le enviemos un Directorio de Farmacias por correo postal. Consulte el Directorio de Farmacias 2022 para averiguar qué farmacias están en nuestra red.

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (*Formulario*) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La manera breve de referirse a esta lista es “Lista de Medicamentos”. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Blue Shield TotalDual Plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de Blue Shield TotalDual Plan.

La Lista de Medicamentos también le informa si hay alguna norma que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Le brindaremos una copia de la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (blueshieldca.com/medpharmacy2023) o llamar a Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Shield TotalDual Plan

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Sección 4.4)

En algunos casos, su prima del plan puede ser menor

El programa de “Ayuda Complementaria” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información acerca de este programa. Si usted cumple con los requisitos, es posible que la inscripción en el programa reduzca su prima mensual del plan.

Si usted *ya está inscrito* y está obteniendo ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre primas de esta Evidencia de Cobertura no se aplique en su caso**. Le hemos enviado un encarte separado que se denomina “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional de LIS”.

Las primas de la Parte B y de la Parte D de Medicare varían según los diferentes ingresos de las personas. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte en su copia del folleto *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023) la sección llamada “2023 Medicare Costs” (Costos de Medicare para el año 2023). Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). Asimismo, puede solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted debe pagar una prima mensual del plan. Para el año 2023, la prima mensual de Blue Shield TotalDual Plan es de \$38.90. Sin embargo, usted paga **\$0** por mes si recibe el subsidio para personas de bajos ingresos de la Parte D, también conocido como “Ayuda Complementaria”, y tiene la cobertura completa de Medi-Cal (Medicaid).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se detalló anteriormente en la Sección 2, a fin de reunir los requisitos necesarios para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid) y tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. En el caso de la mayoría de los miembros de Blue Shield TotalDual Plan, Medi-Cal (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no cumplen automáticamente con los requisitos para esto) y la prima de la Parte B.

Si Medi-Cal (Medicaid) no paga las primas de Medicare por usted, deberá seguir pagándolas para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También podría incluir una prima correspondiente a la Parte A, que afecta a los miembros que no reúnen los requisitos para obtener acceso gratis a la Parte A.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (LEP, por sus siglas en inglés) no se aplicará en la medida en que mantenga su condición de doble elegibilidad; sin embargo, si la pierde, es posible que deba pagar la multa. Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagar para la cobertura de la Parte D si, en cualquier momento después de que haya terminado su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días seguidos o más en el que no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Una “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los requisitos mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D o sin otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. Usted deberá pagar esta multa durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. La primera vez que se inscribe en Blue Shield TotalDual Plan, le informamos la cantidad de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No tendrá que pagarla en los siguientes casos:

- Si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Si estuvo menos de 63 días seguidos sin una cobertura acreditable.
- Si tenía cobertura acreditable de medicamentos recetados a través de otra fuente, como un empleador o una unión, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

enviar en una carta o puede incluirse en un boletín de noticias del plan. Guarde esta información, ya que puede necesitarla si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** En el aviso, debe constar que usted tenía una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados que se esperaba que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes alternativas *no* se consideran coberturas acreditables de medicamentos recetados: tarjetas de descuentos para medicamentos recetados, clínicas sin costo y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa. Funciona de esta manera:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que demoró en inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare después de haber reunido los requisitos necesarios para poder inscribirse. O bien cuente la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados si la interrupción en la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. A modo de ejemplo, si usted permanece 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. En el año 2023, esta cantidad de la prima promedio será de \$32.74.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y, después, redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14 % por \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual de quienes deban pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes que deben tenerse en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- En primer lugar, **la multa puede cambiar todos los años**, ya que la prima mensual promedio también puede cambiar todos los años.
- En segundo lugar, **usted seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que ofrezca beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D volverá a cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años de edad, su multa por inscripción tardía de la Parte D dependerá exclusivamente de los meses durante los cuales no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial al cumplir la edad requerida para obtener acceso a Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, usted debe solicitar esta revisión en un plazo de **60 días** a partir de la fecha que aparece en la primera carta que recibió, en la que

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

se le informaba que debía pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra posibilidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre dicha multa. Si lo hace, puede cancelarse su inscripción por no pagar sus primas del plan.

Sección 4.4 Cantidad de ajuste mensual según el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar una tarifa adicional, conocida como “cantidad de ajuste mensual según el ingreso de la Parte D” (o IRMAA, por sus siglas en inglés). Para calcular la tarifa adicional, se usa el ingreso bruto ajustado y modificado que indicó en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años. Si este ingreso sobrepasa cierta cantidad, usted deberá pagar la cantidad de la prima estándar y la IRMAA adicional. Si desea obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según su ingreso, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si usted tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social (no su plan de Medicare) le enviará una carta en la que constará la cantidad adicional que debe pagar. La cantidad adicional se deducirá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board) o de la Oficina de Administración de Personal (Office of Personnel Management), sin importar cómo pague normalmente su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare.

Usted debe pagar esa cantidad adicional al Gobierno. No es posible pagarla conjuntamente con su prima mensual del plan. Si usted no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Usted cuenta con varias opciones para pagar su prima del plan

Usted cuenta con tres opciones para pagar su prima del plan.

Supondremos que usted utiliza la Opción 1 y le enviaremos una factura mensual, a menos que haya seleccionado otra opción en su formulario de inscripción en el plan cuando se inscribió por

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

primera vez o que se haya comunicado con nosotros para realizar un cambio en una de las opciones que se detallan a continuación.

Opción 1: Pago con cheque

Su prima del plan tiene vencimiento mensual y debe pagarse con un cheque, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Envíe por correo postal todos los pagos realizados con cheque utilizando el sobre con franqueo pagado incluido en su factura mensual. Si pierde su sobre con franqueo pagado, la dirección a la que debe enviar los pagos es la siguiente:

Blue Shield of California – Medicare Advantage
P.O. Box 745843
Los Angeles, CA 90074-5843

Libre todos los cheques a nombre de “Blue Shield of California”.

Opción 2: Pagos electrónicos

En vez de pagar la prima de su plan con cheque, podrá completar el pago por Internet o por teléfono a través de su tarjeta de crédito/débito o cuenta bancaria en el caso de pagos únicos, o bien podrá inscribirse en AutoPay (un servicio de pago automático). La inscripción en AutoPay es simple. Con este servicio, se completará el pago automático a través de su tarjeta de crédito/débito o cuenta bancaria todos los meses. Para obtener más información sobre sus opciones de pago y sobre cómo inscribirse en AutoPay, visítenos en blueshieldca.com/medicarewaystopay o llame al número de Atención al Cliente que está en el dorso de su tarjeta de identificación.

Opción 3: Hacer que la prima se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar el método de pago de su prima. Si decide cambiar el método de pago de su prima, es posible que su nuevo método de pago demore hasta 3 meses en aplicarse. Mientras procesamos su solicitud de cambio de método de pago, usted es responsable de asegurarse de que su prima del plan se pague en término. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Atención al Cliente al número que está en la contracubierta de este documento.

Qué hacer si tiene dificultades para pagar su prima del plan

La prima del plan debe pagarse en nuestras oficinas, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Si no recibimos el pago, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura, le enviaremos un aviso para informarle que daremos por terminada su membresía en el plan si no recibimos el pago de la prima en el transcurso de un período de gracia de 3 meses.

Si tiene dificultades para pagar su prima del plan en término, comuníquese con Atención al Cliente para saber si podemos indicarle programas que lo ayuden a pagar su prima del plan.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Si damos por terminada su membresía debido a que usted no pagó su prima del plan, usted recibirá cobertura de salud mediante Medicare Original. Si recibe “Ayuda Complementaria” con los costos de sus medicamentos recetados, seguirá teniendo la cobertura de medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

Al momento de dar por terminada su membresía, es posible que sus primas estén aún pendientes de pago. Tenemos derecho a exigir el pago de la cantidad que usted deba. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar la cantidad adeudada para poder inscribirse.

Si usted considera que dimos por terminada su membresía de manera errónea, puede presentar una queja (también conocida como reclamo); consulte el Capítulo 9 para ver cómo presentar una queja. Si el motivo que le impidió pagar su prima del plan durante nuestro período de gracia fue una situación de emergencia que estaba fuera de su control, puede presentar una queja. Si recibimos quejas, revisaremos nuevamente nuestra decisión. La Sección 11 del Capítulo 9 de este documento le explica cómo presentar una queja; de lo contrario, puede llamarnos al (800) 452-4413 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711. Usted debe presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha en que termina su membresía.

Sección 5.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No podemos cambiar la cantidad que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan se cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio será válido desde el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que usted debe pagar puede cambiar durante el año. Esto pasa si reúne los requisitos necesarios para recibir el programa de “Ayuda Complementaria” o si deja de reunir los requisitos para recibir dicho programa durante el año: Si un miembro cumple con los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria” con los costos de medicamentos recetados, el programa de “Ayuda Complementaria” pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Si un miembro deja de reunir los requisitos necesarios durante el año, deberá empezar a pagar la totalidad de su prima mensual. En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de “Ayuda Complementaria”.

SECCIÓN 6 **Mantener actualizado su registro de membresía en el plan**

Su registro de membresía contiene información extraída de su formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Indica la cobertura específica de su plan, incluidos su médico de atención primaria y su grupo médico/IPA.

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para informarse sobre qué servicios y medicamentos tiene cubiertos y sobre las cantidades de costo compartido que le corresponden a usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que usted tenga (como la brindada por su empleador, el empleador de su cónyuge, una indemnización por accidentes laborales o Medi-Cal [Medicaid]).
- Si tiene alguna reclamación de responsabilidad civil, como las relativas a un accidente automovilístico.
- Si lo han admitido en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención de un hospital o una sala de emergencias fuera del área de servicio o fuera de la red.
- Si cambia su parte responsable designada (por ejemplo, una persona que brinda cuidados).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si alguno de estos datos cambia, comuníquese con Atención al Cliente para informarnos el cambio.

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

SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige que le solicitemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios cubiertos por nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta que incluirá todas las demás coberturas de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no debe hacer nada al respecto. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no se mencione en la carta, llame a Atención al Cliente. Es posible que deba brindar su número de identificación de miembro del plan a sus otras

Capítulo 1 Los primeros pasos como miembro

aseguradoras (una vez que usted haya confirmado la identidad de estas) para que sus facturas se paguen correctamente y en término.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de un empleador), hay normas establecidas por Medicare que definen si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar se denomina “pagador secundario” y únicamente paga si hay costos que no fueron cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague la totalidad de los costos que no fueron cubiertos. Si usted tiene otro seguro, notifíquesele al médico, al hospital y a la farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura de un plan de salud grupal de un empleador o de una unión:

- Si usted posee cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal depende de su empleo actual o del empleo actual de un familiar, quien paga primero depende de su edad, de la cantidad de empleados que tenga el empleador y de si usted tiene Medicare de acuerdo con la edad, una discapacidad o insuficiencia renal terminal (ESRD, por sus siglas en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan para varios empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, el plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan para varios empleadores 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 después de que usted haya reunido los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios que se relacionan con cada tipo:

- Seguro contra todo riesgo (incluido el seguro automotor)
- Responsabilidad civil (incluido el seguro automotor)
- Beneficios por la enfermedad del pulmón negro
- Indemnización por accidentes laborales

Medi-Cal (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero por los servicios cubiertos por Medicare. Únicamente pagan después de que Medicare y/o los planes de salud grupales de un empleador hayan pagado.

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono y
recursos importantes*

SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield TotalDual Plan (cómo comunicarse con nosotros y cómo obtener acceso a Atención al Cliente)

Cómo comunicarse con Atención al Cliente de nuestro plan

Si tiene alguna pregunta relacionada con reclamaciones, facturación o tarjetas de miembro, llame o escriba a Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan. Será un placer ayudarlo.

Modo de contacto	Información de contacto de Atención al Cliente
TEL.	(800) 452-4413 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil. Atención al Cliente también cuenta con servicios de interpretación sin costo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
FAX	(877) 251-6671
CORREO	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB	blueshieldca.com/medicare

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Modo de contacto	Información de contacto para solicitar decisiones de cobertura y apelaciones sobre su atención médica
TEL.	(800) 452-4413 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
FAX	(877) 251-6671
CORREO	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB	<u>blueshieldca.com/medicare</u>

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D

Usted puede presentar una queja en contra de nuestro plan o en contra de alguno(a) de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye conflictos relacionados con la cobertura ni con los pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Modo de contacto	Información de contacto para presentar quejas sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D
TEL.	(800) 452-4413 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
FAX	(916) 350-6510
CORREO	Blue Shield TotalDual Plan Appeals & Grievances Department P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield TotalDual Plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare a través de Internet, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados que estén cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Modo de contacto	Información de contacto para solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D
TEL.	(800) 452-4413 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.
FAX	(888) 697-8122
CORREO	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 2080, Oakland, CA 94612-0850
SITIO WEB	blueshieldca.com/medicare

Adónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra porción del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido

Si recibió una factura o pagó por servicios (por ejemplo, la factura de un proveedor) que considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7, *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. No tenemos la responsabilidad de reembolsar sus beneficios o servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid). Comuníquese con su Plan de Atención Administrada de Medi-Cal o con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud, según dónde obtenga su cobertura de Medi-Cal (Medicaid).

Para tener en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, para obtener más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Modo de contacto	Información de contacto para presentar solicitudes de pago
TEL.	<p>(800) 452-4413</p> <p>El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana. Cuando deje un mensaje, incluya su nombre, su número de teléfono y el horario en que llamó, y un representante le devolverá la llamada en no más de un día hábil.</p>
Modo de contacto	Información de contacto para presentar solicitudes de pago por atención médica
FAX	(877) 251-6671
CORREO	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
Modo de contacto	Información de contacto para presentar solicitudes de pago por medicamentos recetados de la Parte D
CORREO	Blue Shield of California P.O. Box 52066 Phoenix, AZ 85072-2066
SITIO WEB	blueshieldca.com/medicare

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

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

El organismo federal a cargo de Medicare se denomina Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), a veces llamado “CMS”, por sus siglas en inglés. Este organismo tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, entre las que estamos incluidos nosotros.

Modo de contacto	Información de contacto de Medicare
TEL.	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. Las 24 horas, cualquier día de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis.

Modo de contacto Información de contacto de Medicare

SITIO WEB

www.medicare.gov

Este es el sitio web oficial del Gobierno para Medicare. Brinda información actualizada sobre Medicare y temas actuales de Medicare. Además, contiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente desde una computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

El sitio web de Medicare cuenta también con información detallada sobre los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare y las opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas:

- **Herramienta sobre requisitos de Medicare:** Brinda información que permite determinar si reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare.
- **Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder):** Brinda información personalizada acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) que están disponibles en su área. Estas herramientas brindan un cálculo *aproximado* de cuáles podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

También puede usar el sitio web para informarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Blue Shield TotalDual Plan:

- **Infórmele su queja a Medicare:** Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield TotalDual Plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare considera sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si no tiene una computadora, es posible que la biblioteca o el centro para personas de la tercera edad de su localidad lo ayuden a visitar este sitio web utilizando una de sus computadoras. También puede llamar a Medicare y explicar qué información busca. El personal se encargará de buscar la información en el sitio web y la analizará con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores entrenados en todos los estados. En California, el SHIP se denomina Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El HICAP es un programa estatal independiente (no está unido a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento sin costo sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Los asesores del HICAP pueden ayudarlo a entender los derechos que Medicare le ofrece, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención médica o su tratamiento y ayudarlo a resolver problemas relacionados con sus facturas de Medicare. Los asesores del HICAP también lo ayudarán con sus preguntas o problemas relativos a Medicare, lo ayudarán a entender las opciones que le ofrece su plan de Medicare y responderán sus preguntas sobre cambios de planes.

MÉTODO PARA OBTENER ACCESO AL SHIP y OTROS RECURSOS:

- Visite www.medicare.gov
- Haga clic en “**Talk to Someone**” (Hablar con alguien) en el medio de la página de inicio
- A partir de allí, tendrá las siguientes opciones
 - Opción 1: Puede participar en un **chat en vivo con un representante del 1-800-MEDICARE**
 - Opción 2: Puede seleccionar su **STATE** (ESTADO) en el menú desplegable y hacer clic en “**GO**” (IR). Esto lo llevará a una página que incluye números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Modo de contacto	Información de contacto del HICAP (SHIP de California)
TEL.	(800) 434-0222
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en todos los estados. En el caso de California, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta está compuesta por un grupo de médicos y demás profesionales de atención de la salud, patrocinados por Medicare, para controlar y contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. Livanta es una organización independiente. No está unida a nuestro plan.

- Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de las siguientes situaciones:
- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si considera que la cobertura de su hospitalización está terminando prematuramente.
- Si considera que la cobertura de su atención de la salud en el hogar, su atención en un centro de enfermería especializada o los servicios prestados por un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) están terminando prematuramente.

Modo de contacto	Información de contacto de Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California)
TEL.	(877) 588-1123 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.; sábados, domingos y días feriados federales, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m.
TTY	(855) 887-6668 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
SITIO WEB	<u>www.livantaqio.com</u>

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar si una persona reúne los requisitos necesarios y de gestionar la inscripción en Medicare. Pueden obtener acceso a Medicare los ciudadanos estadounidenses y residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, que tengan una discapacidad o que sufran de insuficiencia renal terminal y que cumplan con ciertas condiciones. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a la oficina del Seguro Social de su localidad.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar una cantidad adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener mayores ingresos. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar esta cantidad adicional y tiene preguntas acerca de la cantidad, o si sus ingresos se han reducido como consecuencia de un acontecimiento que ha cambiado su situación de vida, puede comunicarse con el Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social y lo informe.

Modo de contacto	Información de contacto del Seguro Social
TEL.	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios de telefonía automática del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos trámites durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medi-Cal (Medicaid)

Medi-Cal (Medicaid) es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal, que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. En California, Medicaid se llama Medi-Cal y su administración está a cargo del Departamento de Servicios de Atención de la Salud y del Departamento de Atención de la Salud Administrada. A fin de reunir los requisitos necesarios para Blue Shield TotalDual Plan, usted debe tener tanto Medicare como Medi-Cal (Medicaid). Blue Shield TotalDual Plan le brinda la cobertura de Medicare para sus servicios de atención médica y sus medicamentos recetados, además de algunos beneficios suplementarios. Su Plan de Atención Administrada de Medi-Cal (Medicaid) o el Programa de Pago por Servicio de Medi-Cal cubre todos sus servicios médicos y medicamentos recetados de Medi-Cal (Medicaid). Si bien cuenta con la cobertura de dos planes diferentes, coordinaremos los servicios tanto de Medicare como de Medi-Cal (Medicaid) de la mejor manera posible.

Además, hay programas ofrecidos por medio de Medi-Cal (Medicaid) que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Cada año, estos “Programas de Ahorro de Medicare” (Medicare Savings Programs) ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero:

- **Beneficiario de Medicare que cumple con los requisitos (Qualified Medicare Beneficiary, QMB+):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Algunas personas también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- **Beneficiario de Medicare con ingreso bajo especificado (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B. Algunas personas también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid).
- **Otro Beneficiario con Doble Elegibilidad y Beneficios Integrales (Full Benefit Dual Eligible, FBDE):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). Algunas personas también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid).

Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California o con la agencia de Medi-Cal de su condado. Para obtener la información de contacto de los recursos por condado, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 9 de este documento, o bien visite el siguiente sitio web:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

Modo de contacto	Información de contacto del Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California
TEL.	(800) 541-5555 El horario de atención es de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes.
TTY	(800) 735-2922 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

La Oficina de Atención Administrada de Medi-Cal del Defensor del Pueblo ayuda a las personas inscritas en Medi-Cal (Medicaid) con los problemas relacionados con los servicios o la facturación. Puede ayudarlo a presentar un reclamo o una apelación ante nuestro plan.

Modo de contacto	Información de Contacto de la Oficina de Atención Administrada de Medi-Cal del Defensor del Pueblo
TEL.	1-888-452-8609 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico (excepto días feriados)
CORREO	California Department of Health Care Services P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
SITIO WEB	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

El Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo del estado de California ayuda a las personas a obtener información acerca de los hogares de ancianos y a resolver los problemas entre estos y los residentes o sus familias.

Modo de contacto	Información de contacto del Defensor del Pueblo de Atención a Largo Plazo del estado de California
TEL.	Línea telefónica estatal CRISIS 1-800-231-4024 Las 24 horas, cualquier día de la semana.
CORREO	California State Long-Term Care Ombudsman 1300 National Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/programs/ltcop/

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

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

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Programa de “Ayuda Complementaria” de Medicare

Por ser elegible para Medicaid, usted reúne los requisitos para recibir la “Ayuda Complementaria” de Medicare (y, de hecho, la está recibiendo) para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. No debe hacer más nada para recibir esta “Ayuda Complementaria”.

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Complementaria”, llame a alguno de los siguientes contactos:

- Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes) durante las 24 horas, cualquier día de la semana.
- La oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-800-325-0778; o
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si usted considera que está pagando una cantidad incorrecta de costo compartido cuando obtiene su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener pruebas de su nivel de copago apropiado, o bien, si ya tiene las pruebas, brindarnos dichas pruebas.

- Blue Shield of California aceptará los siguientes documentos como prueba de su nivel de copago apropiado. Como miembro de Blue Shield of California, usted puede enviar estos documentos por correo o por fax, o lo puede hacer su farmacéutico, abogado, representante, familiar u otra persona que actúe en su nombre. Los documentos que presente deben mostrar que usted reunió los requisitos para recibir Medi-Cal (Medicaid) durante un mes, después del mes de junio del año calendario anterior.
 - Una copia de su tarjeta de Medi-Cal (Medicaid) que incluya su nombre y la fecha en que comenzó a reunir los requisitos.
 - Una copia de algún documento del estado que confirme su condición activa en Medi-Cal (Medicaid).
 - Una impresión del archivo electrónico de inscripción del estado en el que se muestre su condición en Medi-Cal (Medicaid).
 - Una impresión de la pantalla del sistema de Medicaid del estado en la que se muestre su condición en Medi-Cal (Medicaid).
 - Otro documento proporcionado por el estado en el que se muestre su condición en Medi-Cal (Medicaid) durante el mes posterior a junio del año anterior.
 - Una copia de la carta de aprobación de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) en el caso de las personas que se consideren elegibles, pero que soliciten el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) y sean elegibles para dicho subsidio.
 - El “aviso de otorgamiento” del Seguro de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), con la fecha de inicio.
- Una carta de “Información importante” de la SSA en la que se confirme que usted automáticamente reúne los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria”.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- Si usted está institucionalizado, se requieren los siguientes documentos. Los documentos que presente deben mostrar que usted reunió los requisitos para recibir Medi-Cal (Medicaid) durante un mes, después del mes de junio del año calendario anterior.
 - Presentación del centro de atención a largo plazo en la que se muestre el pago de Medi-Cal (Medicaid) correspondiente a un mes calendario completo.
 - Una copia de algún documento del estado que confirme el pago que Medi-Cal (Medicaid) le hizo al centro de atención a largo plazo en su nombre, correspondiente a un mes calendario completo.
 - Una impresión de la pantalla de los sistemas de Medi-Cal (Medicaid) del estado en la que se muestre su condición como institucionalizado, con una estadía de al menos un mes calendario completo para los fines de pago de Medi-Cal (Medicaid).

- Si no tiene ninguno de los documentos mencionados anteriormente para demostrar que reúne los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria”, pero considera que sí los reúne, comuníquese con Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contracubierta de este documento).

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos la información en nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento recetado en la farmacia. Si usted paga de más por su copago, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque por la cantidad que pagó en exceso o deduciremos el saldo a su favor de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene registrado su copago como una cantidad que usted adeuda, podemos hacerle el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacerle el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, comuníquese con Atención al Cliente.

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos para recibir la “Ayuda Complementaria” de Medicare (y, de hecho, ya la están recibiendo) para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados.

¿Qué debe hacer si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el ADAP?**

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas que padecen VIH/SIDA y reúnen los requisitos necesarios para participar en este programa obtengan acceso a medicamentos vitales para el tratamiento del VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también estén en el formulario del ADAP cumplen con los requisitos exigidos para que usted pueda recibir asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados. Esto es posible a través del ADAP en California, con el que puede comunicarse llamando al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o bien puede visitar el sitio web del programa en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Nota: Para poder tener acceso al ADAP correspondiente a su estado, debe cumplir con determinados criterios: debe acreditar, mediante pruebas, que vive en ese estado y que padece VIH, debe demostrar bajos ingresos (según la definición brindada por el estado) y debe carecer de seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquelo al personal de inscripción del ADAP correspondiente a su localidad para poder seguir recibiendo ayuda. Si desea obtener información sobre los criterios para obtener acceso al programa, sobre los medicamentos cubiertos o sobre el proceso de inscripción en el programa, puede comunicarse con el ADAP de California llamando al (844) 421-7050, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., de lunes a viernes, o bien puede visitar el sitio web del programa en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board) es un organismo federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que le informe a dicho organismo en caso de que se mude o cambie su dirección postal. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con el organismo.

Modo de contacto	Información de contacto de la Junta de Retiro Ferroviario
TEL.	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratis.</p> <p>Para hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario, presione “0”. El horario de atención es 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.</p> <p>Si presiona “1”, podrá obtener acceso a la Línea de ayuda automatizada de la Junta de Retiro Ferroviario y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratis.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede recibir asistencia a través de las Agencias del Área Especializadas en Adultos Mayores

Las Agencias del Área Especializadas en Adultos Mayores (AAA, por sus siglas en inglés) brindan información, consejos, asesoramiento y asistencia con la identificación de servicios y programas diseñados para ayudar a los adultos mayores y las personas con discapacidades a acceder con mayor facilidad a programas públicos y privados de servicios y apoyo a largo plazo. En la siguiente tabla se incluye una lista de estas agencias:

Modo de contacto	Información de contacto de las Agencias del Área Especializadas en Adultos Mayores de California
TEL.	Condado de Fresno: 1-559-600-4405 Condado de San Joaquín: 1-209-468-2202 Condado de Stanislaus: 1-209-558-8698 Condado de Merced: 1-209-385-7550
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/Contact_Us/

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan
para sus servicios médicos
y otros servicios cubiertos*

SECCIÓN 1 Aspectos que debe tener en cuenta para recibir atención médica y otros servicios como miembro de nuestro plan

Este capítulo le explica los aspectos que debe tener en cuenta sobre el uso del plan para obtener su cobertura de atención médica y otros servicios. Incluye definiciones de términos y explica las normas que deberá cumplir para recibir los tratamientos y servicios médicos, los equipos, los medicamentos recetados y demás atención médica que cubra el plan.

Para obtener detalles acerca de qué atención médica y qué otros servicios están cubiertos por nuestro plan y cuánto debe pagar usted cuando recibe esta atención, consulte el cuadro de beneficios incluido en el siguiente capítulo (Capítulo 4, *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*).

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

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención de la salud.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención de la salud, grupos médicos, hospitales y demás centros de atención de la salud que tienen convenio con nosotros para aceptar nuestro pago y la cantidad de su costo compartido como la totalidad del pago. Hemos acordado que estos proveedores les brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando acude a un proveedor de la red, solamente paga la cantidad correspondiente a su porción del costo por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica y todos los servicios de atención de la salud, suministros, equipos y medicamentos recetados que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica están enumerados en el cuadro de beneficios incluido en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para los medicamentos recetados se explican en el Capítulo 5.

Sección 1.2	Normas básicas para que reciba la atención médica y otros servicios cubiertos por el plan
--------------------	--

Debido a que es un plan de salud de Medicare, Blue Shield TotalDual Plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original, y es posible que ofrezca otros servicios además de aquellos cubiertos por Medicare Original.

Por lo general, Blue Shield TotalDual Plan cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que reciba esté incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan.** (Este cuadro está en el Capítulo 4 del presente documento).

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que cumplen con estándares aceptados de práctica médica.
- **Tenga un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red. Para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo.
 - En la mayor parte de los casos, su PCP de la red debe darle una aprobación por adelantado para que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias para la atención de la salud en el hogar. Esto se denomina “derivación”. Para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se necesitan derivaciones de su PCP para la atención de emergencia ni para los servicios urgentemente necesarios. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener una aprobación por adelantado de su PCP. Para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo.
- **Usted debe recibir su atención de un proveedor de la red.** Para obtener más información sobre este punto, consulte la Sección 2 de este capítulo. En la mayor parte de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que deberá pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que le haya brindado. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este punto y para saber qué significan la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas disponibles en nuestra red que la brinden, puede recibir dicha atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Deberá obtener la autorización del plan antes de recibir atención a través de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si los recibiera a través de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para acudir a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubrirá los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan, o bien cuando el proveedor que le brinda este servicio no sea accesible o no esté disponible temporalmente. El costo compartido que le paga al plan por los servicios de diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si está fuera del área de servicio del plan y recibe los servicios de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no podrá exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor que habitualmente le brinda los servicios de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted decide atenderse dentro del área de servicio con un proveedor

que no forma parte de la red del plan, es posible que el costo compartido para los servicios de diálisis sea mayor.

SECCIÓN 2 Acuda a proveedores dentro de la red del plan para recibir su atención médica y otros servicios

Sección 2.1 Usted debe elegir un médico de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención
--

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

Al convertirse en miembro de Blue Shield TotalDual Plan, debe escoger un proveedor de la red para que sea su PCP. Su PCP es un profesional de atención de la salud que cumple con los requisitos estatales y está entrenado para brindarle atención médica básica. Por lo general, los PCP están incluidos en una de las siguientes cuatro categorías, según se detalla en el *Directorio de Proveedores* de Blue Shield TotalDual Plan: Medicina familiar, Medicina general, Medicina interna, y Obstetricia/ginecología (OB/GYN, por sus siglas en inglés).

Como explicamos a continuación, recibirá su atención básica o de rutina por medio de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que usted reciba como miembro del plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista, por lo general, primero necesita contar con la aprobación de su PCP; esto se denomina obtener una “derivación” a un especialista.

La “coordinación” de sus servicios incluye controlar o consultar con otros proveedores del plan los detalles y el progreso de su atención. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP tiene que otorgarle una aprobación por adelantado (por ejemplo, debe brindarle una derivación para que consulte a un especialista). En algunos casos, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación por adelantado) ya sea de nosotros o de su grupo médico. Debido a que su PCP será quien brinde y coordine su atención médica, usted deberá encargarse de que todas sus historias clínicas anteriores lleguen al consultorio de su PCP.

¿Cómo elegir a su PCP?

Cuando se inscribe en Blue Shield TotalDual Plan, usted tiene acceso a un directorio de proveedores en el que se incluyen los médicos que brindan atención a nuestros miembros, junto con el grupo médico y los especialistas afiliados. El directorio de proveedores también incluye el hospital o los hospitales de la red donde puede ser atendido.

Usted deberá elegir a su PCP de esta lista de proveedores y escribir el nombre y el número de identificación del médico en su formulario de inscripción.

Cuando elige a su PCP, también está eligiendo los hospitales y la red de especialistas asociados con su PCP. Si hay un especialista o un hospital de la red en particular que usted desee utilizar, asegúrese primero de que su PCP haga derivaciones a dicho especialista o utilice ese hospital.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Una vez inscrito en el plan, le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield TotalDual Plan. Su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield TotalDual Plan incluye el nombre y el número de teléfono del consultorio de su PCP.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier razón y en cualquier momento. También es posible que su PCP deje la red de proveedores de nuestro plan; en ese caso, deberá buscar un nuevo PCP. Tenga en cuenta que, si cambia su PCP, podría quedar limitado a los especialistas u hospitales específicos a los que dicho PCP hace las derivaciones (p. ej., subredes o circuitos de derivación).

Para cambiar de PCP, llame a Atención al Cliente. Si llama antes del día 15 del mes, su traspaso a un nuevo PCP será válido a partir del primer día del mes siguiente.

Al llamar, asegúrese de informarle a Atención al Cliente si actualmente se atiende con especialistas o si recibe otros servicios cubiertos que exigen la aprobación de su PCP (por ejemplo, servicios de atención de la salud en el hogar y equipos médicos duraderos). Atención al Cliente se asegurará de que, al cambiar de PCP, usted pueda seguir recibiendo la atención especializada y demás servicios que haya estado recibiendo. También verificará que el PCP al que desea cambiarse esté aceptando pacientes nuevos. Atención al Cliente cambiará su registro de membresía para que refleje el nombre de su nuevo PCP y le indicará cuándo se aplicará el cambio a su nuevo PCP.

Además, le enviará una nueva tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield TotalDual Plan con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin una derivación de su PCP?

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

- Atención de rutina para la salud femenina, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes ginecológicos, siempre y cuando la obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red y de proveedores fuera de la red.
- Los servicios urgentemente necesarios son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se brindan en situaciones en las que los proveedores de la red no son accesibles o no están disponibles temporalmente cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Estos servicios deben necesitarse con urgencia y deben ser médicamente necesarios.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare si está temporalmente fuera del área de servicio del plan. (De ser posible, comuníquese con Atención al Cliente antes de irse del área de servicio para que podamos coordinar su tratamiento de diálisis de mantenimiento mientras está fuera del área de servicio).

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específicas. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Los cardiólogos tratan a los pacientes que padecen enfermedades del corazón.
- Los ortopedas tratan a los pacientes que sufren ciertos problemas de salud en los huesos, articulaciones o músculos.

Cuando su PCP considere que usted necesita recibir un tratamiento especializado, solicitará una derivación (aprobación por adelantado) para que usted visite a un especialista del plan o a otros proveedores determinados. Para algunos tipos de derivaciones, es posible que su PCP necesite obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener una “autorización previa”). Para obtener más información acerca de qué servicios requieren una autorización previa, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 de este documento.

Es muy importante obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores determinados (hay algunas excepciones, como la atención de rutina para la salud femenina que explicamos más adelante en esta sección). **Si no cuenta con una derivación (aprobación por adelantado) antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que usted tenga que pagar dichos servicios.**

Si el especialista le recomienda regresar para brindarle más atención, primero asegúrese de que la derivación (aprobación por adelantado) que le dio su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.

Cuando elige a su PCP, también está eligiendo los hospitales y la red de especialistas asociados con su PCP.

Si hay especialistas específicos a los cuales desea acudir, averigüe si su PCP envía pacientes a dichos especialistas. Cada PCP de la red tiene ciertos especialistas del plan a quienes les deriva pacientes. Esto significa que el PCP que usted seleccione puede determinar a qué especialistas va a consultar. Por lo general, puede cambiar de PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no puede derivarlo. Más arriba en este capítulo, en la Sección 2.1 bajo el título “Cómo cambiar de PCP”, le explicamos cómo puede cambiar de PCP. Si hay hospitales específicos que desea utilizar, primero debe averiguar si su PCP trabaja con dichos hospitales. Tenga en cuenta que, si cambia su PCP, podría quedar limitado a los

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

especialistas u hospitales específicos a los que dicho PCP hace las derivaciones (p. ej., subredes o circuitos de derivación).

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red dejan nuestro plan?

Durante el año, podemos cambiar los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan. Si su médico o especialista deja su plan, usted cuenta con los derechos y las medidas de protección que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare nos exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas idóneos.
- Intentaremos, de buena fe, enviarle un aviso con al menos 30 días de anticipación cuando uno de sus proveedores deje de formar parte de nuestro plan, de modo que tenga tiempo suficiente para seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor idóneo para que siga brindándole atención de la salud.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar —y trabajaremos junto con usted para garantizar que así sea— que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo.
- Si en nuestra red no hay un especialista idóneo para brindar un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al nivel de costo compartido dentro de la red.
- Si se le informa que su médico o especialista ya no formará parte de nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que gestione su atención médica.
- Si considera que no le hemos facilitado un proveedor idóneo para sustituir a su proveedor anterior o que su atención no se está brindando de manera adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante una Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO), un reclamo sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

Si necesita cierta atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y que los proveedores de la red no pueden brindar, puede recibir dicha atención de un proveedor fuera de la red. Deberá obtener la autorización del plan o del grupo médico afiliado de su PCP antes de recibir atención a través de un proveedor fuera de la red. En este caso, usted pagará la misma cantidad que debería pagar si recibiera la atención de un proveedor de la red.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia, necesita atención urgente u ocurre una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer ante una emergencia de este tipo?

Una “**emergencia médica**” se presenta cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad o la invalidez de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Solicite una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero una autorización ni una derivación de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier parte de los Estados Unidos o sus territorios, y a través de cualquier proveedor que tenga una licencia estatal apropiada, incluso aunque no forme parte de la red. Nuestro plan cubre la atención urgente y de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios sin un límite anual combinado en dólares. Consulte “Atención de emergencia” y “Servicios urgentemente necesarios” en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en el Capítulo 4 de este documento para obtener más información sobre cuánto paga usted.
- **Cuanto antes, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado acerca de su emergencia.** Necesitamos realizar el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente en el transcurso de las siguientes 48 horas. El número al que debe llamar está en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield TotalDual Plan.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las cuales llegar hasta la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

Dichos médicos decidirán cuándo su estado de salud es estable y cuándo ha concluido la emergencia médica.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Una vez concluida la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su estado de salud siga siendo estable. Sus médicos seguirán brindándole tratamiento hasta que se comuniquen con nosotros para planificar atención adicional. Nuestro plan cubrirá su atención de seguimiento. Si recibe atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer las gestiones pertinentes para que los proveedores de la red puedan encargarse de su atención en cuanto su estado de salud y las circunstancias lo permitan.

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

En ocasiones, puede ser difícil determinar si está ante una situación de emergencia médica. Por ejemplo, tal vez solicite atención de emergencia porque piensa que su salud corre un grave peligro y el médico puede informarle que, en realidad, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no era una emergencia, siempre que haya tenido motivos razonables para creer que su salud corría un grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, después de que el médico haya indicado que *no* se trataba de una emergencia, nosotros cubriremos la atención adicional *únicamente* si la obtiene de una de las siguientes dos maneras:

- Si acude a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- *O bien* si la atención adicional que obtiene se considera como “servicios urgentemente necesarios” y usted respeta las normas para obtener dicha atención urgente. (Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 Cómo recibir atención si necesita servicios urgentes**¿Qué son los “servicios urgentemente necesarios”?**

Un servicio urgentemente necesario es una situación que no es de emergencia en la que se requiere atención médica inmediata, pero en la que, dadas las circunstancias, no es posible ni razonable recibir esos servicios a través de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios urgentemente necesarios que se brindan fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios urgentemente necesarios son i) un dolor de garganta agudo que aparece durante el fin de semana o ii) una recaída imprevista de un problema de salud conocido mientras se encuentra temporalmente fuera del área de servicio.

Para obtener una lista actualizada de los centros de atención urgente afiliados con su grupo médico, comuníquese con su PCP. También puede buscar los centros de atención urgente que están disponibles en su área en [blueshieldca.com/find-a-doctor](https://www.blueshieldca.com/find-a-doctor).

Nuestro plan cubre servicios de atención urgente y de emergencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las siguientes circunstancias, sin un límite anual combinado. Consulte “Atención de emergencia” y “Servicios urgentemente necesarios” en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en el Capítulo 4 de este documento para obtener más información sobre cuánto paga usted.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si necesita atención urgente mientras está fuera de los Estados Unidos y sus territorios, llame gratis al Centro de Servicio de Blue Shield Global Core al número **(800) 810-2583**, o llame por cobro revertido al (804) 673-1177, durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Ante una emergencia, vaya directamente al hospital más cercano. También debe comunicarse con Atención al Cliente al número que está en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro. Como parte de este servicio, si necesita atención hospitalaria para pacientes internados, puede comunicarse con el Centro de Servicio de Blue Shield Global Core para solicitar que se lo admita sin que deba realizar ningún pago. En este caso, usted es responsable de pagar los gastos de bolsillo habituales, como los copagos y los cargos que no están cubiertos. Si no solicita que se lo admita sin que deba realizar ningún pago, usted deberá pagar la totalidad de la factura por el costo de su atención médica y enviar una solicitud de reembolso (consulte, en el Capítulo 2, *Adónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra porción del costo de la atención médica o de un medicamento que ha recibido*).

Sección 3.3 Cómo obtener atención si ocurre una catástrofe

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran el estado de catástrofe o emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a obtener atención de su plan.

Visite el sitio web blueshieldca.com/medicare para obtener información acerca de cómo recibir la atención necesaria en caso de una catástrofe.

Si no puede acudir a un proveedor de la red durante una catástrofe, su plan le permitirá obtener atención por parte de proveedores fuera de la red pagando el costo compartido correspondiente a proveedores de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante una catástrofe, es posible que pueda hacer surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente a usted el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra porción del costo de los servicios cubiertos

Si usted ha pagado por los servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*, para obtener información sobre lo que debe hacer. No tenemos la responsabilidad de reembolsar sus beneficios o servicios cubiertos de Medi-Cal (Medicaid). Comuníquese con su Plan de Atención Administrada de Medi-Cal o con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud, según dónde obtenga su cobertura de Medi-Cal (Medicaid).

Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si los servicios no están cubiertos por nuestro plan?

Blue Shield TotalDual Plan cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en el Cuadro de Beneficios Médicos, incluido en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan u obtiene servicios fuera de la red sin autorización, será responsable de pagar el costo total de los servicios. Antes de pagar el costo de cualquier servicio cubierto, verifique si lo cubre y lo paga su Plan de Atención Administrada de Medi-Cal o el Programa de Pago por Servicio de Medi-Cal.

Para los servicios cubiertos con limitación de beneficios, usted también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Una vez que se haya alcanzado el límite de un beneficio, lo que pague por servicios no contará para sus gastos de bolsillo máximos. Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los límites y las cantidades máximas de gastos de bolsillo para los beneficios. Puede llamar a Atención al Cliente cuando desee saber qué cantidad de su límite de beneficios ya ha usado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?

Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una de las formas que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como el nivel de eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, en los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, se solicita la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, algún integrante del equipo a cargo del estudio se comunicará con usted para explicarle los detalles y para determinar si reúne los requisitos establecidos por los científicos responsables del estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos y entienda y acepte completamente lo que su participación en el estudio implica.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayoría de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico que reúne los requisitos, entonces solo tendrá la responsabilidad de pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios que reciba en dicho ensayo. Si pagó una cantidad superior, por ejemplo, si ya pagó la cantidad de costo compartido de Medicare Original, reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá enviarnos documentación en la que se

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

muestre cuánto pagó. Durante su participación en un estudio de investigación clínica, podrá permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener una autorización nuestra ni de su PCP. *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no necesita obtener la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, si decide participar en un ensayo clínico que reúne los requisitos de Medicare, lo alentamos a que nos lo comunique de manera anticipada.

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

Sección 5.2	Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga?
--------------------	--

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, tales como:

- Comida y cuarto durante una hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que surjan de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su porción del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que la que pagaría si usted recibiera dichos servicios por medio de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar documentos en los que se muestre cuánto pagó de costo compartido. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información acerca de cómo presentar solicitudes de pago.

El siguiente es un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Supongamos que, como parte del estudio de investigación, usted se realiza una prueba de laboratorio cuyo costo es de \$100. Supongamos también que su porción de los costos para esta prueba es de \$20 mediante Medicare Original, pero los costos de la prueba serían de \$10 mediante los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original paga \$80 por la prueba y usted paga el copago de \$20 exigido por Medicare Original. Luego le comunica a su plan que, durante el ensayo clínico, recibió un servicio que reúne los requisitos y le envía documentos para demostrarlo, como la factura de un proveedor. Una vez recibida esta

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

información, el plan le paga directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría mediante los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para poder recibir el pago de su plan, deberá presentar documentos, como la factura de un proveedor.

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

- Generalmente, Medicare *no* pagará el nuevo artículo o servicio que el estudio esté probando, salvo que Medicare cubra tal artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Los artículos o servicios que se brindan con el único fin de recopilar datos y no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su problema de salud normalmente requeriría una única tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, visite el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” (Medicare and Clinical Research Studies). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una “institución religiosa de atención de la salud no médica”

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa de atención de la salud no médica?
--------------------	---

Una institución religiosa de atención de la salud no médica es un centro que brinda atención para un problema de salud que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada va en contra de las convicciones religiosas de un miembro, nosotros cubriremos la atención en una institución religiosa de atención de la salud no médica. Este beneficio se ofrece solamente en el caso de los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud no médica).

Sección 6.2	Obtener atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica
--------------------	--

Para obtener atención de una institución religiosa de atención de la salud no médica, debe firmar un documento legal que indique que usted, en pleno ejercicio de sus facultades mentales, se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- Atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que *sea voluntario* y que *no sea un requisito* de las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamiento médico “exceptuado” es la atención o tratamiento médico que *no sea voluntario* o que *sea un requisito* de las leyes federales, estatales o locales.

Para que nuestro plan cubra la atención que recibe de una institución religiosa de atención de la salud no médica, dicha atención debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que usted recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe de esta institución servicios que se le brindan en un centro, debe cumplir con las siguientes condiciones:
 - Debe tener un problema de salud que le permitiría recibir servicios cubiertos para la atención de pacientes internados en un hospital o centro de enfermería especializada.
 - *Y también* debe obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro; de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican los límites de cobertura de la atención hospitalaria para pacientes internados de Medicare. (Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre los límites de cobertura de la atención hospitalaria para pacientes internados de Medicare).

SECCIÓN 7 **Normas para la adquisición de equipos médicos duraderos**

Sección 7.1	¿Pasaré a ser propietario de los equipos médicos duraderos después de realizar una determinada cantidad de pagos mediante nuestro plan?
--------------------	--

Los equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) incluyen artículos tales como equipos de oxígeno y suministros relacionados, sillas de ruedas, andaderas, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros relacionados con la diabetes, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital solicitadas por un

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

proveedor para ser utilizadas en el hogar. El miembro siempre es propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan determinados tipos de DME se convierten en propietarias de los equipos una vez que han realizado los copagos correspondientes a esos equipos durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Blue Shield TotalDual Plan, generalmente no pasará a ser propietario de los DME que alquile, independientemente de cuántos copagos realice por los equipos durante el tiempo que sea miembro de nuestro plan; esto será válido incluso cuando haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por los DME mediante Medicare Original antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le cederemos posesión de los DME en cuestión. Llame a Atención al Cliente para obtener más información.

¿Qué pasa con los pagos que usted realizó por los equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si usted no pasó a ser propietario de los DME mientras era miembro de nuestro plan, deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Medicare Original para poder convertirse en propietario de los equipos. Los pagos que haya realizado durante la inscripción en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por los DME en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Medicare Original no cuentan. Deberá hacerle 13 pagos a nuestro plan para poder convertirse en propietario de los equipos.

Ejemplo 2: Usted realizó 12 pagos consecutivos o menos por los DME en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No pudo convertirse en propietario de los DME mientras estuvo en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de volver a unirse a Medicare Original para poder convertirse en propietario de los equipos. Todos los pagos anteriores que haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento**¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?**

Si cumple con los requisitos para obtener la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Blue Shield TotalDual Plan cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Provisión de oxígeno y sus componentes
- Tubos y accesorios relacionados para la provisión de oxígeno y sus componentes
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja Blue Shield TotalDual Plan o ya no necesita el equipo de oxígeno desde un punto de vista médico, deberá devolverlo.

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

Medicare Original exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicio durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. En los 24 meses restantes, el proveedor brinda el equipo y se encarga del mantenimiento (usted sigue siendo responsable de pagar el copago por el oxígeno). Transcurridos los cinco años, usted puede mantener la misma compañía o elegir una diferente. En este punto, el ciclo de cinco años vuelve a empezar, incluso si mantiene la misma compañía, y usted deberá pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une a nuestro plan o lo deja, el ciclo de cinco años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de Beneficios Médicos:
lo que está cubierto y
lo que debe pagar*

SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera sus servicios cubiertos y le muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Blue Shield TotalDual Plan. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explica cuáles son los límites para determinados servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por sus servicios cubiertos
--

Para entender la información sobre pagos que le brindamos en este capítulo, es necesario que conozca cuáles son los tipos de costos de bolsillo que podría pagar por sus servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe determinados servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos que está en la Sección 2 le brinda más información acerca de sus copagos).
- El **“coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga un coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (El Cuadro de Beneficios Médicos que está en la Sección 2 le brinda más información acerca de su coseguro).

Si usted recibe asistencia completa de Medi-Cal (Medicaid) o asistencia con el costo compartido de Medicare a través de un Programa de Ahorro de Medicare, no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo por los servicios cubiertos de las Partes A y B de Medicare. Esto significa que las cantidades de coseguro incluidas en el Cuadro de Beneficios Médicos se pagarán debido a que usted recibe asistencia con el costo compartido a través de Medi-Cal (Medicaid).

Sección 1.2 ¿Cuál es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?
--

Nota: Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medi-Cal (Medicaid), son muy pocos los que alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite para la cantidad que debe pagar como gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina cantidad máxima de gastos de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) para los servicios médicos. Para el año calendario 2023, esta cantidad es de \$8,300.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Las cantidades que usted paga en concepto de copagos y coseguros por los servicios cubiertos cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Las cantidades que usted paga por sus primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Además, las cantidades que usted paga por ciertos servicios no cuentan para su cantidad máxima de gastos de bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza la cantidad máxima de gastos de bolsillo de \$8,300, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medi-Cal [Medicaid] u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no les permite a los proveedores que le “facturen el saldo” a usted

Como miembro de Blue Shield TotalDual Plan, usted cuenta con una importante protección: solo tendrá que pagar la cantidad de su costo compartido cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar otros cargos, lo que se conoce como “facturación del saldo”. Esta protección se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay un conflicto y nosotros no pagamos ciertos cargos al proveedor.

A continuación, le explicamos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dinero en dólares, por ejemplo, \$15.00), usted solo paga esa cantidad por cualquier servicio cubierto brindado por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted paga nada más que dicho porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que acude:
 - Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo establecido en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios brindados por proveedores fuera de la red únicamente en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una derivación o en caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios).
 - Si recibe los servicios cubiertos por medio de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios brindados por proveedores fuera de la red únicamente en

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

determinadas situaciones, por ejemplo, cuando usted obtiene una derivación o en caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios).

- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, puede llamar a Atención al Cliente.

No les permitimos a los proveedores que le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos de cualquier cargo. Esto será así incluso si le pagamos al proveedor una cantidad inferior a la que este cobra por un determinado servicio. Si un proveedor le envía una factura, puede llamar a Atención al Cliente.

SECCIÓN 2 Use el Cuadro de Beneficios Médicos para conocer qué está cubierto y cuánto pagará

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

En el Cuadro de Beneficios Médicos que está en las siguientes páginas, se detallan los servicios cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan y la cantidad que usted paga como gastos de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se detalla en el Capítulo 5. Los servicios incluidos en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos únicamente si se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos de Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que cumplen con estándares aceptados de práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención urgente o de emergencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red lo hayan derivado. Esto significa que deberá pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que le haya brindado.
- Usted tiene un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que brinda y supervisa su atención. En la mayor parte de los casos, su PCP debe darle una aprobación por adelantado para que pueda consultar a otros proveedores dentro de la red del plan. Esto se denomina “derivación”.
- Algunos de los servicios incluidos en el Cuadro de Beneficios Médicos están cubiertos *solamente* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto se denomina “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan una aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos con una nota a pie de página (†).

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Información adicional importante que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Usted cuenta con la cobertura de Medicare y Medi-Cal (Medicaid): Medicare cubre servicios de atención de la salud y medicamentos recetados. Medi-Cal (Medicaid) cubre sus costos compartidos correspondientes a los servicios de Medicare, entre los que se incluyen las visitas al médico, la atención hospitalaria, la atención en un centro de enfermería especializada y la atención para pacientes ambulatorios. Blue Shield TotalDual Plan pagará primero y Medi-Cal (Medicaid) pagará en segundo lugar, al cubrir sus costos restantes, como las cantidades de coseguro y copago correspondientes al beneficio del plan. Medi-Cal (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo, servicios comunitarios y cuidado personal.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el folleto *Medicare & You 2023* [Medicare y usted 2023]. Puede consultarlo por Internet en www.medicare.gov o puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios preventivos que están cubiertos sin ningún costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin ningún costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control debido a un problema de salud existente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para el problema de salud existente.
- Si Medicare añade la cobertura de servicios nuevos durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de seis meses de nuestro plan en el que se considera que reúne los requisitos de manera continuada, nosotros seguiremos ofreciendo todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, Blue Shield TotalDual Plan no cubrirá los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) que estén incluidos en la cobertura de Medi-Cal (Medicaid), ni pagaremos las primas o el costo compartido de Medicare de los que el estado sería de otra manera responsable si usted no perdiera la elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid). La cantidad que usted paga en este plan por sus servicios cubiertos de Medicare puede aumentar después de que deja de reunir los requisitos para Medi-Cal.

Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted no deberá pagar nada por los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios en la medida en que cumpla con los requisitos de cobertura anteriormente descritos.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con problemas de salud crónicos

- ~~Si le diagnostican uno o más de los problemas de salud crónicos que se enumeran a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que reúna los requisitos y reciba los Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI, por sus siglas en inglés) que se ofrecen a los miembros elegibles como parte de este plan. Este plan~~

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

ofrece dos SSBCI diferentes, cada uno con sus propios requisitos de elegibilidad y beneficios cubiertos. A fin de reunir los requisitos para recibir uno de estos SSBCI, o ambos, le deben diagnosticar al menos uno de los problemas de salud crónicos que se enumeran a continuación y debe cumplir con determinados criterios para cada uno de los SSBCI ofrecidos:

- **Independencia y movilidad segura con AAA:** Usted debe tener al menos uno de los siguientes diagnósticos calificados:
 - Cáncer; se excluyen las enfermedades precancerosas o el estado in situ
 - Trastornos cardiovasculares limitados a:
 - Arritmias cardíacas (también conocidas como ritmo cardíaco anormal)
 - Enfermedad de la arteria coronaria (también conocida como antecedentes de dolor en el pecho, ataques cardíacos o endurecimiento de las arterias del corazón)
 - Enfermedad vascular periférica (también conocida como endurecimiento de las arterias de las piernas)
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico (también conocido como coágulos de sangre en las piernas)
 - Insuficiencia cardíaca crónica
 - Diabetes mellitus (también conocida como diabetes de tipo I o tipo II)
 - Trastornos pulmonares crónicos limitados a:
 - Asma
 - Bronquitis crónica (también conocida como enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC])
 - Enfisema (también conocido como enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC])
 - Fibrosis pulmonar (también conocida como formación de cicatrices en el tejido pulmonar)
 - Hipertensión pulmonar (también conocida como tensión arterial elevada)
 - Diabetes mellitus (también conocida como diabetes de tipo I o tipo II)
 - Derrame cerebral

A fin de determinar que es elegible para el beneficio de independencia y movilidad segura con AAA, un Beneficio Suplementario Especial para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI), deberá completar un Formulario de Declaración que documente su elegibilidad y enviárselo a Blue Shield. El Formulario de Declaración completo debe estar firmado por usted y por su médico. Para obtener una copia del Formulario de Declaración, visite blueshieldca.com/AAAbenefit o comuníquese con Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contracubierta de este documento).

- **Healthy Grocery (Comidas Saludables):** Usted debe tener al menos uno de los siguientes diagnósticos calificados:

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

- ~~Insuficiencia renal terminal (ESRD), también conocida como “enfermedad renal en etapa terminal”, que requiere diálisis~~
- ~~Diabetes mellitus (también conocida como diabetes de tipo I o tipo II)~~
- ~~Insuficiencia cardíaca crónica (también conocida como insuficiencia cardíaca congestiva)~~

~~A fin de determinar que es elegible para recibir el beneficio SSBCI de Healthy Grocery (Comidas Saludables), deberá completar un Formulario de Declaración que documente su elegibilidad y enviárselo a Blue Shield. El Formulario de Declaración completo debe estar firmado por usted y por su médico. Para obtener una copia del Formulario de Declaración, visite blueshieldca.com/healthygrocery o comuníquese con Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contracubierta de este documento).~~

- ~~Diríjase a la hilera “Beneficios Suplementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas” en el Cuadro de Beneficios Médicos a continuación para conocer más detalles.~~
- ~~Contáctenos para averiguar exactamente para qué beneficios podría ser elegible.~~



En el cuadro de beneficios, verá esta manzana junto a los servicios preventivos.

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Abandono del cigarrillo y el tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> cubrimos asesoramiento en 2 intentos para dejar el consumo de tabaco, en un período de 12 meses, como servicio preventivo sin costo alguno. El asesoramiento en cada intento incluye hasta 4 visitas personales.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o actualmente toma medicamentos que puedan interactuar negativamente con el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar el consumo de tabaco. Cubrimos asesoramiento en 2 intentos para dejar el consumo de tabaco, en un período de 12 meses; sin embargo, usted deberá pagar el costo compartido correspondiente. El asesoramiento en cada intento incluye hasta 4 visitas personales.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el abandono del cigarrillo y el tabaco.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Acupuntura para dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Se cubren hasta 12 visitas en un plazo de 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • debe durar 12 semanas o más; • no debe ser específico, en el sentido que no debe tener una causa sistémica identificable (es decir, no debe estar asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no debe estar asociado con una cirugía; y • no debe estar asociado con un embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales en el caso de aquellos pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>Si el paciente no mejora o sufre un retroceso, el tratamiento debe discontinuarse.</p> <p>Requisitos relacionados con los proveedores:</p> <p>Los médicos (según se define en la Sección 1861(r)(1) de la Social Security Act [Ley de Seguro Social, o la Ley]) pueden brindar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes de médicos (PA, por sus siglas en inglés), los enfermeros practicantes (NP, por sus siglas en inglés)/especialistas en enfermería clínica (CNS, por sus siglas en inglés) (según se identifica en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden brindar servicios de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por visita para todos los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal, no debe pagar nada.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar**Servicios que tiene cubiertos****Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios****Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación)**

- un máster o doctorado en acupuntura o medicina oriental completado en una universidad acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (ACAOM, Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental); y
- una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para ejercer la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia.

El personal auxiliar que brinde servicios de acupuntura deberá trabajar bajo el nivel apropiado de supervisión por parte de un médico, PA o NP/CNS, según lo exigen nuestras regulaciones en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales).

Los beneficios se brindan a través de un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información, o para encontrar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a ASH Plans al (800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan o visitar [blueshieldca.com/find-a-doctor](https://www.blueshieldca.com/find-a-doctor) para encontrar un proveedor participante de ASH Plans.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Artículos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)</p> <p>Usted tiene derecho a recibir una asignación trimestral de \$200 para los medicamentos y suministros de venta libre enumerados en el catálogo de artículos de venta libre.</p> <p>Artículos como aspirinas, vitaminas, preparados para la tos y el resfrío, y vendas están cubiertos por este beneficio. Artículos como cosméticos y suplementos nutricionales no están cubiertos por este beneficio.</p> <p>El catálogo de artículos de venta libre y las instrucciones para hacer pedidos están disponibles por Internet en blueshieldca.com/medicareOTC. Puede pedir artículos por teléfono al (888) 628-2770 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m., o por Internet en blueshieldca.com/medicareOTC. No deberá pagar ninguna tarifa adicional para el envío de los pedidos. Los envíos demoran aproximadamente 14 días hábiles.</p> <p>Este beneficio es válido a partir del primer día de cada trimestre (1 de enero, 1 de abril, 1 de julio y 1 de octubre). Podrá hacer dos pedidos por trimestre y no podrá transferir la asignación que no haya usado al siguiente trimestre.</p> <p>Se aplican algunas limitaciones. Consulte el catálogo de artículos OTC para obtener más información.</p>	Usted paga \$0.
<p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia hace referencia a los servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • son brindados por un proveedor idóneo para brindar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar un problema de salud de emergencia. <p>Una “emergencia médica” se presenta cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad o la invalidez de una extremidad. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que se obtengan fuera de la red es igual al costo compartido que pagaría por obtener los mismos servicios dentro de la red.</p> <p>Cobertura mundial.*</p> <p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p> <p>Usted paga 20 % de coseguro por cobertura de emergencia a nivel mundial (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>No tiene ningún límite anual combinado para la atención de emergencia cubierta o los servicios urgentemente necesarios cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia (continuación)</p>	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su situación de emergencia, usted deberá volver a un hospital de la red para que continúe la cobertura de su atención, <i>O BIEN</i> deberá recibir la atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, en cuyo caso el costo será el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante o asistente del médico habilitados por el estado, u otro profesional de la atención de la salud mental que cumpla con los requisitos de Medicare, según lo permitido por las leyes estatales pertinentes.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes ambulatorios brindados por un médico para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Prueba de detección de glaucoma una vez al año para las personas que tienen un alto riesgo de tener glaucoma. Estas personas incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, personas afroamericanas de 50 años o más y personas hispanoamericanas de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si usted se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20 % de coseguro por visita. <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0. • Usted paga 20 % de coseguro. <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0.
<p>Atención de la vista (no cubierta por Medicare)*</p> <p><i>SE REQUIERE autorización previa (aprobación por adelantado) para un examen de la vista de rutina y los materiales necesarios. Utilice el Directorio de Proveedores de Atención de la Vista o visite blueshieldca.com/find-a-doctor para buscar un proveedor que participe en la red de Vision Service Plan (VSP) (Administrador del Plan de la Vista de Blue Shield).</i></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de la vista de rutina • Lentes de contacto o anteojos (armazones y lentes) <p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por un examen por año. • Usted paga \$0 <u>ya sea</u> por lentes de contacto O por un par de anteojos (armazones y lentes) cuyo valor sea de hasta \$295 por año. Si escoge lentes de contacto o anteojos (lentes y armazones) de más de \$295, usted es responsable de pagar la diferencia.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p data-bbox="168 386 813 422">Atención de una agencia de la salud en el hogar</p> <p data-bbox="168 432 1019 615">Antes de que usted pueda recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted los necesita y debe solicitar la prestación de dichos servicios por parte de una agencia de la salud en el hogar. Usted debe encontrarse confinado a su hogar, lo que significa que salir de su hogar le representa un gran esfuerzo.</p> <p data-bbox="168 625 927 661">Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul data-bbox="168 672 1019 1066" style="list-style-type: none"><li data-bbox="168 672 1019 947">• Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de la salud en el hogar de tiempo parcial o intermitentes. (Para que los servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de la salud en el hogar que usted reciba estén cubiertos por el beneficio de atención de la salud en el hogar, el total combinado de dichos servicios no debe alcanzar las 8 horas diarias y no debe superar las 35 horas semanales).<li data-bbox="168 957 883 993">• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<li data-bbox="168 1003 591 1039">• Servicios médicos y sociales.<li data-bbox="168 1047 623 1083">• Equipos y suministros médicos.	<p data-bbox="1057 422 1438 531">Usted paga \$0 por cada visita de atención de la salud en el hogar cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. A los centros de enfermería especializada a veces se los llama “SNF”).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuarto semiprivado (o cuarto privado si es médicamente necesario). • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de atención (incluidas las sustancias que están presentes de forma natural en el organismo, como los factores de la coagulación). • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y los glóbulos rojos concentrados empieza únicamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesita; deberá pagar el costo de las 3 primeras pintas de sangre que reciba, o bien utilizar sangre donada por usted u otra persona. La cobertura del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta utilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 por día para los días 1 a 20 de cada período de beneficios • \$194.50 por día para los días 21 a 100 de cada período de beneficios • 100 % de todos los costos a partir del día 101 de cada período de beneficios
	<p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
	<p>Estas son las cantidades de costo compartido de 2022, que pueden cambiar en 2023. Blue Shield TotalDual Plan compartirá las tarifas actualizadas apenas se den a conocer.</p>
	<p>Hay un límite de 100 días para cada período de beneficios si su estado de salud requiere servicios de rehabilitación adicionales, otros tipos de enfermería especializada diaria u otro tipo de atención especializada. Si se pasa del límite de 100 días, deberá hacerse cargo de todos los costos.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos y quirúrgicos comúnmente brindados por los SNF. • Pruebas de laboratorio comúnmente llevadas a cabo por los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología comúnmente brindados por los SNF. • Uso de dispositivos tales como sillas de ruedas, comúnmente brindados por los SNF. • Servicios del médico. <p>Por lo general, recibirá su atención en un SNF mediante centros de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias enumeradas a continuación, es posible que usted reciba atención en un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta las cantidades que nuestro plan ofrece como pago.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados con atención continua, donde usted estaba viviendo inmediatamente antes de que llegara al hospital (siempre que el lugar brinde atención de enfermería especializada). • Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que usted sale del hospital. 	<p>Un período de beneficios empieza el día en que usted entra a un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente internado en un hospital (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p> <p>Cuando un proveedor de la red coordina su admisión, Blue Shield TotalDual Plan no aplica el requisito de 3 días previos de hospitalización que exige Medicare a fin de tener derecho a la cobertura.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Se incluyen servicios hospitalarios para enfermedades agudas, servicios de rehabilitación, atención hospitalaria a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados empieza el día en que lo admiten formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior a que le den el alta es su último día como paciente internado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuarto semiprivado (o cuarto privado si es médicamente necesario). • Comidas, incluso dietas especiales. • Servicios comunes de enfermería. • Costos de las unidades de cuidados especiales (tales como unidades de cuidados intensivos o cuidados coronarios). • Medicamentos y fármacos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de dispositivos, como sillas de ruedas. • Costos de las salas de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes internados. • En ciertas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, célula madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos las gestiones pertinentes para que su caso sea evaluado por un centro de trasplantes autorizado por Medicare, que decidirá si usted es un candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$1,556 de deducible por período de beneficios • \$0 por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios • \$389 por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios • \$778 por día para los días 91 a 150 de cada período de beneficios • Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0. <p>Estas son las cantidades de costo compartido de 2022, que pueden cambiar en 2023. Blue Shield TotalDual Plan compartirá las tarifas actualizadas apenas se den a conocer.</p> <p>Un período de beneficios empieza el día en que usted entra a un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente internado en un hospital (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar**Servicios que tiene cubiertos****Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios**Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)**

Si nuestros servicios de trasplante de la red se brindan fuera del ámbito de atención de la comunidad, puede elegir recibir dichos servicios a nivel local, siempre y cuando los proveedores de servicios de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si Blue Shield TotalDual Plan brinda servicios de trasplante en una localidad fuera del ámbito de atención para trasplantes en su comunidad y usted decide recibir trasplantes en dicha localidad lejana, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y de transporte correspondientes para usted y un acompañante. †

- Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y los glóbulos rojos concentrados empieza únicamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesita; deberá pagar el costo de las 3 primeras pintas de sangre que reciba, o bien utilizar sangre donada por usted u otra persona. La cobertura del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta utilizada.
- Servicios del médico.

Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe redactar una orden para que a usted lo admitan formalmente en el hospital. Aun si lo internan y permanece internado en el hospital hasta el día siguiente, usted podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente internado o un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.

Asimismo, puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, pregunte” (el título en inglés es “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!”). Esta hoja informativa está disponible en el sitio web <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf>; o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo durante las 24 horas, cualquier día de la semana.

† Los trasplantes están cubiertos solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto se denomina “autorización previa”).

Si obtiene atención autorizada como paciente internado en un hospital fuera de la red después de que se haya estabilizado su situación de emergencia, su costo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención paliativa</p> <p>Usted reúne los requisitos necesarios para obtener acceso al beneficio de atención paliativa (también llamada “cuidados para pacientes terminales”) cuando su médico y el director médico de atención paliativa le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal, que certifica que usted padece una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de atención paliativa certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de atención paliativa certificados por Medicare dentro del área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propiedad o están bajo el control de la organización de MA, o en los que esta tiene algún interés financiero. El médico responsable de su atención paliativa puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar. <p><u>Para los servicios de atención paliativa y los servicios que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Medicare Original (en lugar de nuestro plan) le pagará a su proveedor de atención paliativa por los servicios que usted reciba relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de atención paliativa, su proveedor de atención paliativa le facturará a Medicare Original por los servicios que paga Medicare Original. Usted deberá pagar el costo compartido de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal:</u> Si usted necesita servicios que no sean de emergencia ni urgentemente necesarios, que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo que deberá pagar por estos servicios dependerá de si usa un proveedor dentro de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una autorización previa).</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de atención paliativa certificado por Medicare, Medicare Original (no Blue Shield TotalDual Plan) paga por sus servicios de atención paliativa y de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal.</p> <p>Usted paga \$0 por los servicios de consulta de atención paliativa (una única vez).</p>

Servicios que tiene cubiertos**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios****Atención paliativa (continuación)**

- Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para obtener los servicios, solo paga el costo compartido del plan para los servicios recibidos dentro de la red.
- Si usted obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido correspondiente a Medicare de “pago por servicio” (Medicare Original).

Para los servicios que estén cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan, pero que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Blue Shield TotalDual Plan seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que estén o no relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el costo compartido del plan por estos servicios.

Para los medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con la atención paliativa que recibe para su enfermedad terminal, debe pagar un costo compartido. En cambio, si están relacionados con la atención paliativa que recibe para su enfermedad terminal, debe pagar el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el programa de atención paliativa y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5, *¿Qué pasa si está en un programa de atención paliativa certificado por Medicare?*

Nota: Si necesita atención que no es paliativa (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.

Nuestro plan cubre servicios de consulta de atención paliativa (una única vez) para pacientes con una enfermedad terminal que no hayan elegido el beneficio de atención paliativa.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si usted se somete a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si será considerado paciente internado o paciente ambulatorio. A menos que el proveedor redacte una orden para que a usted lo admitan en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por cirugía para pacientes ambulatorios. Aun si lo internan y permanece internado en el hospital hasta el día siguiente, usted podría ser considerado “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por cada visita a un centro quirúrgico ambulatorio o a un hospital para pacientes ambulatorios.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (aparte de los dentales) que reemplazan en forma parcial o total una parte o función del cuerpo. Entre los dispositivos, se incluyen los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con los cuidados por colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluidos los sostenes quirúrgicos después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de tales dispositivos. También se ofrece cierto tipo de cobertura después de una extracción o cirugía de cataratas; consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por los dispositivos protésicos y suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que padecen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para el control de la glucemia: Medidores de glucemia, tiras reactivas para la glucemia, lancetas y dispositivos de lancetas, y soluciones de control de glucemia para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y de los medidores. • Para las personas con diabetes que padecen enfermedades graves del pie como consecuencia de la diabetes: Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluidas las plantillas brindadas con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales por año calendario, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles brindadas con dichos zapatos que no están hechas a medida) por año calendario. La cobertura incluye la adaptación. • El entrenamiento para el autocontrol de la diabetes está cubierto en ciertas circunstancias. <p>El fabricante preferido de las tiras reactivas y los medidores de glucemia es Abbott. No es necesario que su médico obtenga una aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”) del plan para que usted pueda adquirir tiras reactivas y medidores de glucemia FreeStyle® (fabricados por Abbott). Si desea adquirir tiras reactivas y medidores de glucemia de cualquier otro fabricante, es necesario que su médico obtenga una aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”) del plan.</p>	<p>Usted paga \$0 por el entrenamiento, los servicios y los suministros, excepto los medidores de glucemia, y por el calzado o las plantillas terapéuticos para personas con diabetes que están cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20 % de coseguro por las plantillas o el calzado terapéuticos cubiertos por Medicare para las personas con diabetes.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p> <p>Para obtener información sobre los medidores de glucemia, consulte la sección “Equipos médicos duraderos y suministros relacionados” en este Cuadro de Beneficios Médicos.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Envío de comidas al hogar	Usted paga \$0.
Al recibir el alta tras una estadía en un centro de enfermería especializada o en un hospital como paciente internado, cubrimos:	
<ul style="list-style-type: none">• 22 comidas y 10 refrigerios por alta• Si es necesario, las comidas y los refrigerios se dividirán en hasta tres envíos diferentes• La cobertura se limita a dos altas por año	
Llame a Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan para obtener más información. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este documento).	
* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados</p> <p>(Para obtener una definición de “equipos médicos duraderos”, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros relacionados con la diabetes, camas de hospital solicitadas por un proveedor para ser utilizadas en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andaderas.</p> <p>Cubrimos todos los DME médicamente necesarios cubiertos por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que pida el artículo especialmente para usted. Es posible que se apliquen las reglas de autorización.</p> <p><i>Es necesario obtener una aprobación por adelantado (a veces denominada “autorización previa”) de nuestro plan para los equipos médicos duraderos si usted o su proveedor desean solicitar equipos médicos duraderos de un proveedor no preferido.</i></p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro.</p> <p>Medidores de glucemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por los medidores de glucemia FreeStyle®. • Usted paga 20 % de coseguro por los medidores de glucemia de cualquier otro fabricante. <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un 20 % de coseguro por cada vez que recibe equipos de oxígeno cubiertos.</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>Usted cuenta con la cobertura de un examen físico de rutina cada 12 meses, además de su visita anual relativa al bienestar. Esta visita incluye una revisión completa de su historia clínica y sus antecedentes familiares, una evaluación detallada de todo el cuerpo y otros servicios, derivaciones y recomendaciones que pudieran ser apropiados.</p> <p>Este beneficio no cubre pruebas de laboratorio, procedimientos de diagnóstico u otros tipos de servicios solicitados, por lo que usted deberá pagar por separado la cantidad del costo compartido de su plan para cada uno de estos servicios.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p> Inmunizaciones</p>	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez por temporada de gripe durante el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la hepatitis B si usted corre un riesgo medio o elevado de contraer hepatitis B. • Vacuna contra la COVID-19. • Otras vacunas si usted corre algún riesgo y las vacunas cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la internación no es razonable ni necesaria, no cubriremos su internación. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que usted reciba mientras permanezca en el hospital o en el SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los materiales y servicios de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0. • Usted paga \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare y 20 % de coseguro por procedimientos/pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare. • Usted paga 20 % de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare. • Usted paga 20 % de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tablillas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir las fracturas y las dislocaciones. • Dispositivos protésicos y ortóticos (excepto dentales) que reemplacen la totalidad o una parte de un órgano corporal interno (tejidos adyacentes inclusive), o la totalidad o una parte de la función de un órgano corporal interno inoperante en forma permanente o con una disfunción permanente, y el reemplazo o la reparación de tales dispositivos. • Dispositivos ortopédicos para piernas, brazos, columna y cuello; bragueros, y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a una rotura, un desgaste o una pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20 % de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare. • Usted paga 20 % de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare. • Usted paga 20 % de coseguro por los artículos cubiertos por Medicare. • Usted paga 20 % de coseguro por visita.
<p>Internación: servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF) durante una internación no cubierta (continuación)</p>	<p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que comúnmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran por infusión mientras se reciben los servicios del médico, los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o los servicios de un centro quirúrgico ambulatorio. • Medicamentos que se administran mediante equipos médicos duraderos (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por el plan. • Factores de coagulación que usted se administra por inyección si sufre de hemofilia. • Medicamentos inmunodepresores, si se inscribió en la Parte A de Medicare al momento del trasplante de órganos. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted está confinado a su hogar, tiene una fractura de hueso y un médico certifica que la fractura está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica, y no puede administrarse el medicamento por sus propios medios. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales antineoplásicos y antieméticos. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes que estimulan la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. 	<p>Usted paga 20 % de coseguro.</p> <p>Para saber el costo exacto, puede comunicarse con Atención al Cliente al número que está en su tarjeta de identificación del plan.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las normas que debe respetar para obtener la cobertura de estos medicamentos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan está detallado en el Capítulo 6.</p>	
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan las condiciones necesarias (por lo general, las personas que corren el riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), los siguientes servicios estarán cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si se consideran médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea; se incluye el análisis de los resultados llevado a cabo por un médico.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para las mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.</p>
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido en el hospital como paciente internado o si pueden darle el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria de pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos únicamente cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada, a través de las leyes estatales que regulan las licencias y los reglamentos para el personal de hospitales, a permitir la admisión de pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios (continuación)</p>	
<p>Nota: A menos que su proveedor haya redactado una orden para que a usted lo admitan en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si lo internan y permanece internado en el hospital hasta el día siguiente, usted podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>Asimismo, puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, pregunte” (el título en inglés es “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!”). Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf; o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo durante las 24 horas, cualquier día de la semana.</p>	
<p> Programa de Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos en todos los planes de salud de Medicare, para todos los beneficiarios de Medicare que reúnan los requisitos necesarios.</p> <p>El MDPP consiste en una intervención estructurada para lograr cambios en los comportamientos relacionados con la salud. Ofrece entrenamiento práctico en cambios alimentarios a largo plazo, mayores niveles de actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos que representa mantener la pérdida de peso y lograr un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio del MDPP.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar* Programas para ayudarlo a mantenerse saludable. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Materiales educativos sobre salud (en formato escrito), incluidos boletines de noticias • Programas educativos <p>Programas educativos que se centran en problemas de salud como los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensión arterial elevada • Colesterol • Asma • Dietas especiales <p>Programas educativos diseñados para mejorar su salud y estilo de vida, entre los que se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Control de peso • Programas de ejercicios • Manejo del estrés 	Usted paga \$0.
<p>NurseHelp 24/7 Puede mantener una conversación confidencial por Internet y en privado con un profesional de enfermería diplomado en cualquier momento, durante las 24 horas. Cuando tenga alguna inquietud sobre su salud, llame a nuestra línea directa sin costo para comunicarse con un profesional de enfermería diplomado, quien escuchará sus inquietudes y lo ayudará a encontrar una solución.</p> <p>Llame al 1-877-304-0504 (TTY: 711) durante las 24 horas, cualquier día de la semana.</p>	Usted paga \$0.
<p>Programa de ejercicios SilverSneakers® SilverSneakers puede ayudarlo a tener una vida más saludable y más activa gracias al ejercicio físico y las conexiones sociales. Tiene cobertura para un beneficio de ejercicios físicos a través de SilverSneakers en los centros participantes¹. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios físicos grupales especialmente diseñadas². En los centros participantes de todo el país¹, puede tomar clases² y usar los equipos de gimnasia y otros servicios. Además, SilverSneakers FLEX® le ofrece opciones para que pueda estar activo fuera de los gimnasios tradicionales</p>	Usted paga \$0.

Servicios que tiene cubiertos**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios** Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación)***

(como centros de recreación, centros comerciales y parques). SilverSneakers también lo conecta con una red de apoyo y clases virtuales a través de SilverSneakers LIVE™, los videos de SilverSneakers On-Demand™ y nuestra aplicación móvil, SilverSneakers GO™. También obtiene acceso a Stitch³, un sitio social por Internet para adultos mayores en el que puede participar de actividades y eventos presenciales y virtuales. Todo lo que necesita para empezar es su número de identificación personal de SilverSneakers. Visite [Silversneakers.com](https://www.silversneakers.com) para obtener más información sobre su beneficio o llame al 1-888-423-4632 [TTY: 711], de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este.

Pregúntele siempre a su médico antes de empezar un programa de ejercicios.

¹Tivity Health, Inc. o sus compañías afiliadas no operan los centros participantes (PL, por sus siglas en inglés) ni son sus propietarias. El uso de las instalaciones y los servicios de los centros participantes está sujeto a los términos y condiciones de la membresía básica de esos centros. Las instalaciones y los servicios varían según el PL.

²La membresía incluye clases de ejercicios físicos grupales a cargo de un instructor de SilverSneakers. Algunos centros ofrecen clases adicionales para los miembros. Las clases varían según el centro.

³Stitch es un proveedor externo que no es propiedad de Tivity Health o sus compañías afiliadas, ni es operado por estas. Los miembros de SilverSneakers deben tener servicio de Internet para obtener acceso al servicio de Stitch. Los cargos correspondientes al servicio de Internet son responsabilidad del miembro de SilverSneakers.

Sistema de Respuesta de Emergencia Personal

(PERS, por sus siglas en inglés): Un sistema de control de alertas médicas que brinda acceso a ayuda durante las 24 horas, cualquier día de la semana, con solo presionar un botón. Obtiene sus beneficios de PERS a través de LifeStation®.

Usted paga \$0.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar (continuación)*</p> <p>Entre los beneficios se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un sistema de respuesta de emergencia personal • Puede elegir entre un sistema en el hogar y un dispositivo móvil con GPS/wifi • Control mensual • Cargadores y cables necesarios <p>Para obtener el PERS y empezar a recibir servicios, llame al equipo de LifeStation al 1-855-672-3269 (TTY: 711) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, o visite blueshieldca.com/PERS.</p> <p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	
<p> Prueba de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para detectar una enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con el riesgo elevado de padecer una enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>
<p> Pruebas de detección de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>Una única prueba de ultrasonido para personas que están en riesgo. El plan cubre esta prueba únicamente si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación que así lo indique de su médico, asistente del médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que reúnan los requisitos necesarios para obtener esta prueba de detección preventiva.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para la prevención de ITS</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas con un mayor riesgo de padecer ITS cuando las pruebas son solicitadas por un médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones de asesoramiento conductual individual, personal y de alta intensidad con una duración de 20 a 30 minutos para adultos sexualmente activos con un mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un médico de atención primaria y si se realizan en un entorno de atención primaria, como el consultorio del médico.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de detección de ITS y el asesoramiento sobre ITS preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección de la depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda realizar tratamientos de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual de la prueba de detección de la depresión.</p>
<p> Pruebas de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (que incluye las pruebas de glucemia en ayunas) si usted ha presentado alguno de los siguientes factores de riesgo: tensión arterial elevada (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de alto nivel de azúcar en la sangre (glucemia). Las pruebas también pueden estar cubiertas si usted cumple con otros criterios, como padecer sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que usted reúna los requisitos necesarios para obtener acceso a un máximo de 2 pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección de la obesidad y terapia para promover el mantenimiento de la pérdida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto cuando se obtiene en un entorno de atención primaria, donde pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Consulte a su médico de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para la prueba de detección de la obesidad y la terapia con fines preventivos.</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para las personas de 50 años en adelante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o enema opaco de detección como alternativa) cada 48 meses. <p>Uno de los siguientes servicios está cubierto cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis para la detección de sangre oculta en heces con guayacol (gFOBT, por sus siglas en inglés). • Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés). <p>Prueba de ADN para la detección del cáncer colorrectal, cada 3 años.</p> <p>Para las personas que corren un riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema opaco de detección como alternativa) cada 24 meses. <p>Para las personas que no corren un riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a haberse realizado una sigmoidoscopia. 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para una prueba de detección del cáncer colorrectal o un enema opaco cubiertos por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres de 50 años en adelante, se cubren los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés). 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la PSA anual ni para el examen de tacto rectal.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés)</p> <p>Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros que reúnen los requisitos necesarios son: personas de 55 a 77 años de edad que no presenten signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de consumo de cigarrillos con un índice paquete-año (es decir, un índice de años a paquete diario) de 30 o más y que fumen actualmente o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, y que reciban una prescripción escrita para una LDCT en una visita de asesoramiento y toma de decisiones en conjunto sobre pruebas de detección del cáncer de pulmón, que cumpla con los criterios de Medicare para este tipo de visitas y en la que los servicios sean brindados por un médico o por un profesional no médico idóneo.</p> <p><i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de una prueba de detección con LDCT inicial:</i> el miembro debe recibir una prescripción por escrito para una prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT, que se puede obtener durante una visita adecuada a un médico o a un profesional no médico idóneo. Si el médico o el profesional no médico idóneo decide brindar una visita de asesoramiento y toma de decisiones en conjunto sobre pruebas de detección del cáncer de pulmón para pruebas posteriores de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para este tipo de visitas.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para las visitas de asesoramiento y toma de decisiones en conjunto cubiertas por Medicare ni para la LDCT.</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres de 40 años en adelante. • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses. 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para las mamografías de detección cubiertas.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Pruebas de detección del cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si corre un riesgo elevado de padecer cáncer vaginal o de cuello uterino, o si está en edad de procrear y su prueba de Papanicolaou ha arrojado un resultado anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los exámenes ginecológicos y las pruebas de Papanicolaou de prevención cubiertos por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección del VIH</p> <p>Para las personas que soliciten una prueba de detección del VIH o que presenten un riesgo mayor de contraer la infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que reúnan los requisitos necesarios para obtener esta prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos que tengan Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) y que consuman alcohol en exceso, pero que no sean alcohólicos.</p> <p>Si el resultado de su prueba de detección de consumo excesivo de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones de asesoramiento breves en persona por año (si está en pleno uso de sus facultades mentales y si está alerta durante el asesoramiento), provistas por un médico de atención primaria idóneo en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la prueba de detección y el asesoramiento preventivos, cubiertos por Medicare, para reducir el consumo excesivo de alcohol.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de acupuntura (no cubiertos por Medicare)</p> <p>Los beneficios para la evaluación y el tratamiento relacionados con la acupuntura se brindan a través de doctores en medicina, acupunturistas autorizados u otros proveedores de atención de la salud que tengan la autorización o certificación adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes iniciales y subsiguientes • Visitas al consultorio y ajustes • Tratamientos suplementarios <p>Los beneficios se brindan a través de un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información, o para encontrar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a ASH Plans al (800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan o visitar blueshieldca.com/find-a-doctor para encontrar un proveedor participante de ASH Plans.</p>	<p>Usted paga \$0 (límite de hasta 12 visitas por año).</p>
<p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia en avión de ala fija, en helicóptero y por tierra hacia los centros adecuados más cercanos que puedan brindar atención únicamente cuando se brindan a un miembro cuyo problema de salud sea tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona, o bien si están autorizados por el plan. • El transporte en ambulancia en casos que no son de emergencia es adecuado si hay documentación que demuestre que el problema de salud del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. 	<p>Usted paga 20 % de coseguro por traslado en una sola dirección.</p> <p>Si usted reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal, no debe pagar nada.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia (continuación)	<p>Aunque la mayoría de los proveedores cobran el costo compartido correspondiente en el momento del servicio, es posible que esto no pase en el caso de los servicios de ambulancia.</p> <p>Es posible que reciba una factura por el costo completo del servicio de ambulancia. Si esto pasa, simplemente envíe la factura a:</p> <p>Blue Shield Select Customer Care P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856</p> <p>Blue Shield le reembolsará el costo de los servicios cubiertos, menos el costo compartido que corresponda. El proveedor le enviará una factura aparte por el costo compartido que deba pagar.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su PCP con el objetivo de determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para pacientes ambulatorios cuando las brinda un médico, un audiólogo u otro proveedor idóneo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de audición de rutina (no cubiertas por Medicare) (se requiere aprobación previa de su PCP).* • Audífonos* <p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20 % de coseguro por las pruebas de audición de diagnóstico cubiertas por Medicare. <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por una prueba de audición de rutina por año. • Usted paga \$0 por adaptación/evaluación de audífonos. • Usted paga \$0 por hasta 2 audífonos (todos los tipos, ambos oídos combinados) cuyo valor sea de hasta \$2,000 por año. Si escoge audífonos de más de \$2,000, usted es responsable de pagar la diferencia.
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, brindado en un hospital a modo de servicio para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental de la comunidad, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y que ofrece una alternativa a la hospitalización como paciente internado.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud mental de la comunidad en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial únicamente como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si usted reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal, no debe pagar nada.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades en los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • Atención de los pies de rutina para los miembros que padezcan determinados problemas de salud que afecten las extremidades inferiores. • Atención de los pies de rutina (no cubierta por Medicare).* <p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20 % de coseguro para los servicios de podología cubiertos por Medicare. <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para atención de los pies de rutina no cubierta por Medicare.
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan que tengan trastorno por abuso de opioides (OUD, por sus siglas en inglés) podrán obtener la cobertura de los servicios para tratar este trastorno a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP, por sus siglas en inglés), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. para el tratamiento agonista y antagonista por abuso de opioides; tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) • Surtido y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre abuso de sustancias • Terapia individual o grupal • Prueba toxicológica • Actividades de consumo • Evaluaciones periódicas 	<p>Usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir una subluxación 	<p>Usted paga 20 % de coseguro para todos los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Servicios de quiropráctica (no cubiertos por Medicare)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes iniciales y subsiguientes • Visitas al consultorio y ajustes quiroprácticos • Tratamientos suplementarios • Radiografías y pruebas de laboratorio (solo con fines quiroprácticos) <p>Los beneficios se brindan a través de un contrato con American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). Para obtener más información, o para encontrar un proveedor participante de ASH Plans, puede llamar a ASH Plans al (800) 678-9133, [TTY: (877) 710-2746], de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 6:00 p. m. También puede comunicarse con Atención al Cliente del plan Blue Shield TotalDual Plan o visitar blueshieldca.com/find-a-doctor para encontrar un proveedor participante de ASH Plans.</p> <p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	<p>Usted paga \$0 (límite de hasta 12 visitas por año).</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación cardíaca, que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que reúnan ciertas condiciones con la derivación de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensiva que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca habituales.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en distintos entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen un grado entre moderado y muy grave de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y obtienen una derivación para rehabilitación pulmonar por parte del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Servicios de telesalud adicionales</p> <p>Teladoc ofrece consultas al Médico por teléfono o por Internet. Los Médicos de Teladoc pueden diagnosticar y tratar problemas de salud básicos, y también pueden recetar determinados medicamentos. Teladoc es un servicio suplementario y su objetivo no es reemplazar la atención brindada por su Médico de Atención Primaria. Inicie sesión en blueshieldca.com/teladoc o en la aplicación de Blue Shield of California para programar una visita. Si tiene preguntas, puede comunicarse con Teladoc por teléfono al 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711] durante las 24 horas, cualquier día de la semana, los 365 días del año.</p>	<p>Usted paga \$0.</p>
<p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de transporte (no cubiertos por Medicare)</p> <p>Blue Shield of California ofrece transporte a los miembros del plan. El servicio de transporte se brinda según sea necesario para facilitar el acceso a la cobertura de atención de la salud que no es de emergencia, como visitas al consultorio médico.</p> <p>Nota: Los servicios de transporte se programan a través de Call the Car. Los miembros deben llamar a Call the Car al (855) 200-7544 [TTY: 711] durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los servicios de transporte deben programarse con al menos 24 horas de anticipación.</p> <p>Call the Car ofrece una aplicación móvil (CTC-Go) que los miembros de Blue Shield TotalDual Plan pueden usar para coordinar los servicios de transporte relacionados con atención médica. Con CTC-Go, puede consultar las reservas pasadas o futuras, calificar viajes, hacer un seguimiento del conductor, cancelar una reserva existente o programar una nueva. CTC-Go está disponible para iOS y Android. Busque “CTC-Go” en su tienda de aplicaciones y descargue la aplicación.</p> <p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	<p>Usted paga \$0 por cada traslado en una sola dirección a centros de salud aprobados por el plan.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de un médico, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios brindados en el consultorio de un médico, en un centro quirúrgico ambulatorio certificado, en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otro establecimiento. • Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista. • Pruebas de audición y de equilibrio básicas, realizadas por su PCP, si su médico las solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los servicios de médicos para tratar enfermedades que no son de emergencia, como por ejemplo síntomas del resfrío y de la gripe, alergias, bronquitis, infección respiratoria, sinusitis, erupción, infección ocular, migrañas y mucho más. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante el programa de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante el programa de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio con esta modalidad. ○ Consulte la sección “Servicios de telesalud adicionales” en el Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más información. • En el caso de miembros que reciben diálisis en el hogar, servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con insuficiencia renal terminal en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o un centro de diálisis renal ubicado en un hospital de difícil acceso, una institución de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un derrame cerebral, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con trastorno por abuso de sustancias adictivas o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. 	<p>Usted paga \$0.</p>

Servicios que tiene cubiertos**Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios****Servicios de un médico, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)**

- Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:
- Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud.
- Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.
- Pueden hacerse excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias.
- Servicios de telesalud para visitas de salud mental brindados por clínicas de salud rurales y centros de salud federalmente calificados.
- Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) con su médico de entre 5 y 10 minutos **si**:
- Usted no es un paciente nuevo y
- La consulta no está relacionada con una visita al consultorio realizada durante los 7 días anteriores y
- La consulta no obliga a realizar una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas ni a programar una cita lo más rápido posible
- Evaluación de videos y/o imágenes que le envía a su médico, incluidos la interpretación y el seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas **si**:
- Usted no es un paciente nuevo y
- La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada durante los 7 días anteriores y
- La evaluación no obliga a realizar una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas ni a programar una cita lo más rápido posible
- Consultas que su médico hace con otros profesionales por teléfono o por Internet, o registro de salud electrónico.
- Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de un médico, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Atención dental que no es de rutina. (Los servicios cubiertos están limitados a una cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o estructura ósea facial, extracción de dientes para preparar la mandíbula para el tratamiento de enfermedades neoplásicas [cáncer] por medio de radiación o servicios que estarían cubiertos al ser provistos por un médico). 	<p>Consulte el Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina para obtener una lista de los procedimientos dentales cubiertos y conocer lo que debe pagar por cada uno de ellos.</p>
<p>Servicios dentales de rutina*</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Cubrimos algunos servicios dentales integrales y de rutina.</p> <p>El Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina (que se incluye en este capítulo después del Cuadro de Beneficios Médicos) muestra los procedimientos dentales específicos cubiertos por este beneficio. Los servicios enumerados son beneficios cubiertos cuando los brinda un dentista autorizado, y cuando se determina que son necesarios y habituales según los estándares de práctica dental generalmente aceptada. Puede encontrar información sobre cómo obtener acceso a los servicios cubiertos después del Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina.</p> <p>Es posible que no todos los servicios cubiertos sean apropiados para todas las personas. Usted debe consultar a su dentista de la red para determinar cuál es la atención apropiada para su caso. La red de proveedores dentales está formada únicamente por dentistas generales; es decir, no incluye especialistas.</p>	
<p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	
Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted obtenga en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.	
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
<ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios.	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga 20 % de coseguro por visita a una sala de emergencias o a un hospital para pacientes ambulatorios.
	Usted paga \$0 por los servicios de observación cubiertos por Medicare.
	<ul style="list-style-type: none">• Consulte “Servicios y suministros terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios” más arriba.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicha atención, sería necesario un tratamiento para pacientes internados. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como tablillas y yesos. • Ciertos servicios preventivos y de detección. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20 % de coseguro. • Usted paga 20 % de coseguro. • Usted paga \$0. • Usted paga 20 % de coseguro. • Usted paga \$0. • Usted paga 20 % de coseguro
<p>Nota: A menos que su proveedor haya redactado una orden para que a usted lo admitan en el hospital como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun si lo internan y permanece internado en el hospital hasta el día siguiente, usted podría ser considerado “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital. Asimismo, puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare denominada “¿Es usted un paciente internado o un paciente ambulatorio del hospital? Si tiene Medicare, pregunte” (el título en inglés es “Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!”). Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf; o bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números sin cargo durante las 24 horas, cualquier día de la semana.</p>	<p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p><i>Es posible que se apliquen las reglas de autorización para estos servicios. Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</i></p>	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <ul style="list-style-type: none"> Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de la salud mental que requieren una hospitalización. <p>Medicare cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria para cada período de beneficios.</p> <p>Medicare también cubre hasta 60 días de reserva vitalicia adicionales que pueden usarse una sola vez durante su membresía para la atención brindada en un hospital de enfermedades agudas u hospital psiquiátrico.</p> <p>Medicare cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales se ofrecen una sola vez durante su membresía. El pago no puede realizarse por un total de más de 190 días de atención psiquiátrica para pacientes internados en un hospital psiquiátrico independiente durante su membresía.</p> <p>El uso anterior cubierto por Medicare está incluido en el máximo vitalicio. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original).</p>	<p>Tiene cubiertos 150 días por cada período de beneficios, hasta el límite vitalicio de 190 días. Para cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> \$1,556 de deducible por período de beneficios \$0 por día para los días 1 a 60 de cada período de beneficios \$389 por día para los días 61 a 90 de cada período de beneficios \$778 por día para los días 91 a 150 de cada período de beneficios 100 % de todos los costos después del día 151 <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p> <p>Estas son las cantidades de costo compartido de 2022, que pueden cambiar en 2023. Blue Shield TotalDual Plan compartirá las tarifas actualizadas apenas se den a conocer.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)</p>	<p>Un período de beneficios empieza el día en que usted entra a un hospital o a un centro de enfermería especializada (SNF) y termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente internado en un hospital (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos.</p>
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre las enfermedades renales para brindar enseñanza sobre la atención renal y asistir a los miembros para que tomen decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros que padecen una enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando sean derivados por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios de educación sobre las enfermedades renales por única vez. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente está temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o bien cuando el proveedor que le brinda este servicio no sea accesible o no esté disponible temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo admiten en el hospital como paciente internado para recibir atención especializada). 	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por visita. • Usted paga 20 % de coseguro por cada tratamiento de diálisis facturado por un proveedor de diálisis idóneo y aprobado por Medicare, y por los medicamentos utilizados durante el procedimiento. • Están incluidos en sus costos de atención hospitalaria para pacientes internados. Consulte la sección sobre atención hospitalaria para pacientes internados en este cuadro para obtener más información sobre lo que usted tiene que pagar.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento para el autotratamiento de diálisis. (Se incluye el entrenamiento para usted y para cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). • Equipos y suministros de diálisis en el hogar. • Algunos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, cuando sean necesarias, las visitas de personas entrenadas en los tratamientos de diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudarlo con cualquier emergencia y controlar su equipo de diálisis y el abastecimiento de agua). <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20 % de coseguro por el entrenamiento para el autotratamiento de diálisis. • Usted paga 20 % de coseguro. • Usted paga 20 % de coseguro. <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes ambulatorios</p> <p>La cobertura de la Parte B de Medicare está disponible para los servicios de tratamiento que se brindan en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han recibido el alta tras una internación para tratar el abuso de sustancias adictivas, o a pacientes que, si bien necesitan tratamiento, no requieren la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que se brindan únicamente en un entorno hospitalario para pacientes internados.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Se brindan servicios urgentemente necesarios para tratar una enfermedad, una lesión o un problema de salud imprevistos, que no son de emergencia y que requieren de atención médica inmediata, pero que, dadas las circunstancias, no es razonable o posible obtener servicios de proveedores dentro de la red. Entre los ejemplos de servicios urgentemente necesarios que el plan debe cubrir fuera de la red se encuentran los siguientes: i) cuando usted necesita atención inmediata durante el fin de semana; o ii) cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. Estos servicios deben necesitarse con urgencia y deben ser médicamente necesarios. Si, dadas las circunstancias, no es razonable obtener la atención médica de inmediato a través de un proveedor de la red, entonces su plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios mediante un proveedor fuera de la red.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro por cada visita de atención urgente cubierta por Medicare (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>
<p>Cobertura mundial.*</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro para cobertura urgente a nivel mundial (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).</p>
<p>* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>	

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios urgentemente necesarios (continuación)	<p>No tiene ningún límite anual combinado para la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Los servicios fuera de los Estados Unidos y sus territorios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.</p>
	<p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su situación de emergencia, usted deberá volver a un hospital de la red para que continúe la cobertura de su atención, O BIEN deberá recibir la atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, en cuyo caso el costo será el costo compartido que usted pagaría en un hospital de la red.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios y suministros terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías. • Terapia de radiación (radioterapia y terapia con isótopos), incluidos los materiales y suministros de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Tablillas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir las fracturas y las dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y los glóbulos rojos concentrados empieza únicamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesita; deberá pagar el costo de las 3 primeras pintas de sangre que reciba, o bien utilizar sangre donada por usted u otra persona. La cobertura del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. <p><i>Es posible que se apliquen las reglas de autorización para estos servicios. Debe hablar con su proveedor y obtener una derivación.</i></p>	<p>Usted paga \$0 por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.</p> <p>Usted paga 20 % de coseguro por procedimientos/pruebas de diagnóstico, servicios radiológicos de diagnóstico, servicios radiológicos terapéuticos, radiografías, servicios ambulatorios relacionados con la sangre y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés)</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen enfermedad arterial periférica (PAD, por sus siglas en inglés) sintomática y obtienen una derivación para PAD por parte del médico responsable del tratamiento de dicho problema de salud.</p> <p>Si se cumplen con los requisitos del programa SET, se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de entre 30 y 60 minutos de duración, en las que se incluya un programa de entrenamiento y ejercicios terapéuticos para la PAD en pacientes con claudicación. • Desarrollarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ponerse en práctica a través de personal auxiliar idóneo, necesario para garantizar que los beneficios superen a los aspectos negativos, y cuyos miembros tengan entrenamiento en terapia de ejercicio para PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente del médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica, quienes deben contar con entrenamiento en técnicas de soporte vital básico y avanzado. <p>Si un proveedor de atención de la salud lo considera médicamente necesario, la cobertura de la SET puede extenderse más allá de las 36 sesiones en 12 semanas mediante la programación de 36 sesiones adicionales durante un período extendido.</p>	<p>Usted paga 20 % de coseguro.</p> <p>Si reúne los requisitos para recibir los servicios y beneficios integrales de Medi-Cal (Medicaid), usted paga \$0.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Tratamiento de infusión en el hogar</p> <p>El tratamiento de infusión en el hogar involucra la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados según el plan de atención • Entrenamiento y educación de pacientes no cubiertos de otra manera a través del beneficio de equipos médicos duraderos • Control remoto • Servicios de control para la provisión de tratamiento de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar brindados por un proveedor de tratamiento de infusión en el hogar calificado 	<p>Usted paga \$0 por cada visita de tratamiento de infusión en el hogar cubierta por Medicare.</p>
<p> Tratamiento médico de nutrición</p> <p>Este beneficio está destinado a las personas que padecen diabetes o enfermedad renal (pero que no están en tratamiento de diálisis), o que se han sometido a un trasplante de riñón, cuando las derive su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que usted reciba servicios de tratamiento médico de nutrición mediante Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y, posteriormente a ello, 2 horas por año. Si su problema de salud, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la derivación de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su derivación cada año si es necesario prolongar su tratamiento durante otro año calendario.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que reúnan los requisitos necesarios para obtener los servicios de tratamiento médico de nutrición cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Visita anual relativa al bienestar</p> <p>Si usted ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita anual relativa al bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado según su estado de salud actual y los factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual relativa al bienestar no puede tener lugar en el transcurso de los 12 meses posteriores a su visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (Welcome to Medicare). Sin embargo, no necesita haber realizado la visita “Bienvenido a Medicare” para tener cubiertas las visitas anuales relativas al bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual relativa al bienestar.</p>
<p> Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede evaluar el uso de la aspirina (si corresponde), controlarle la tensión arterial y darle consejos para asegurarse de que se alimente de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio de la terapia conductual intensiva orientada a la prevención de enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (Welcome to Medicare)</p> <p>El plan cubre una única visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y, de ser necesario, derivaciones a otro tipo de atención.</p> <p>Importante: La visita preventiva “Bienvenido a Medicare” está cubierta solo durante el transcurso de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, infórmele al personal del consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina

Los beneficios dentales de rutina se incluyen para todos los Miembros de este plan.

El siguiente *Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina* muestra procedimientos dentales específicos cubiertos por el beneficio dental de rutina y lo que usted pagará por estos procedimientos. Los servicios enumerados son beneficios cubiertos cuando los brinda un dentista autorizado dentro de la red, y cuando se determina que son necesarios y habituales según los estándares de práctica dental generalmente aceptada.

Importante: Tenga en cuenta que los procedimientos que no están incluidos en el cuadro no están cubiertos.

Importante: Algunos servicios dentales no tienen cobertura en ningún caso (esto es lo que se conoce como “Exclusiones”), y otros servicios dentales solo tienen cobertura en algunos casos específicos (esto es lo que se conoce como “Limitaciones”).

Para obtener más información, consulte las “Limitaciones generales” y las “Exclusiones generales” que se detallan debajo de este cuadro de beneficios.

Se brindarán beneficios para procedimientos dentales específicos, cuando sean necesarios para tratar las enfermedades dentales agudas especificadas, ya sean emergentes, dolorosas o infecciosas, o bien cuando se realicen de una manera consistente con los estándares de atención profesionalmente reconocidos. El Plan se reserva el derecho a realizar una revisión administrativa, a través de un director dental del Plan, de la documentación enviada en relación con los problemas de salud anteriores a fin de determinar la cobertura.

Entre los problemas de salud caracterizados por dolor agudo o infección se incluyen los siguientes:

- Dolor agudo que requiere tratamiento de conducto radicular inmediato;
- Dolor agudo que requiere la extracción de un diente y/o incisión y drenaje;
- Absceso periodontal agudo que requiere procedimientos periodontales de emergencia.

Entre los problemas de salud emergentes relacionados con la restauración se incluyen los siguientes:

- Un diente en el que se está realizando una restauración que empezó como un empaste (restauración básica), pero que debido al nivel de deterioro/fractura hallado durante el curso de su restauración, ahora se requiere la colocación de una corona fundida (restauración mayor).

Los servicios se enumeran con el código de procedimiento de la Asociación Dental Estadounidense (American Dental Association, ADA), de acuerdo con la terminología vigente para el área odontológica. La ley federal exige el uso del código ADA para informar procedimientos dentales. La ADA puede cambiar los códigos de procedimiento de vez en cuando. Por lo tanto, el plan puede cambiar este código según lo que exija la ley. Si desea obtener una lista de códigos ADA actualizada, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

día de la semana (excepto días 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.

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar
Servicios de diagnóstico		
D0150	Examen bucodental completo; paciente nuevo o existente	\$0
D0171	Segundo examen; visita al consultorio posoperatoria	\$0
D0190	Evaluación de un paciente	\$0
D0191	Evaluación de un paciente	\$0
D0251	Extrabucal; imagen radiográfica dental, posterior	\$0
D0415	Recolección de microorganismos para cultivo y sensibilidad	\$0
D0425	Pruebas de susceptibilidad a caries	\$0
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dentaria	\$0
D0470	Moldes de yeso para diagnóstico	\$0
D0472	Adición de tejidos, examen macroscópico, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
D0473	Adición de tejidos, examen macroscópico y microscópico, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
D0474	Adición de tejidos, examen macroscópico y microscópico, incluida la evaluación de márgenes quirúrgicos para determinar la presencia de enfermedades, preparación y transmisión de informe escrito	\$0
Servicios preventivos		
D1110	Profilaxis; adultos	\$0
D1206	Aplicación tópica de flúor, incluye barniz	\$0
D1208	Aplicación tópica de flúor, no incluye barniz	\$0
D1353	Reparación de sellador; por diente	\$10
D1520	Separador extraíble, unilateral; por cuadrante	\$70
Servicios de restauración		
D2140	Amalgama; 1 superficie, diente temporal o definitivo	\$0
D2510	Incrustación metálica; 1 superficie	\$170
D2520	Incrustación metálica; 2 superficies	\$180
D2530	Incrustación metálica; 3 o más superficies	\$190
D2542	Recubrimiento metálico; 2 superficies	\$185
D2543	Recubrimiento metálico; 3 superficies	\$195
D2544	Recubrimiento metálico; 4 o más superficies	\$215
D2610	Incrustación, porcelana/cerámica, 1 superficie	\$295
D2620	Incrustación, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$330
D2630	Incrustación, porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$350
D2642	Recubrimiento, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$325
D2643	Recubrimiento, porcelana/cerámica, 3 superficies	\$360
D2644	Recubrimiento, porcelana/cerámica, 4 o más superficies	\$380
D2650	Incrustación, resina compuesta, 1 superficie	\$195

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar
D2651	Incrustación, resina compuesta, 2 superficies	\$220
D2652	Incrustación, resina compuesta, 3 o más superficies	\$255
D2662	Recubrimiento, resina compuesta, 2 superficies	\$250
D2663	Recubrimiento, resina compuesta, 3 superficies	\$275
D2664	Recubrimiento, resina compuesta, 4 o más superficies	\$320
D2710	Corona; resina compuesta (indirecta)	\$160
D2712	Corona; ¾ de resina compuesta (indirecta)	\$160
D2720	Corona; resina con metal muy noble	\$320
D2721	Corona; resina principalmente con metal base	\$220
D2722	Corona; resina con metal noble	\$260
D2750	Corona; porcelana fundida con metal muy noble	\$380
D2752	Corona; porcelana fundida con metal noble	\$320
D2753	Corona; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$380
D2780	Corona; ¾ de molde de metal muy noble	\$380
D2782	Corona; ¾ de molde de metal noble	\$320
D2790	Corona; molde completo de metal muy noble	\$380
D2792	Corona; molde completo de metal noble	\$320
D2794	Corona; titanio	\$380
D2921	Unión de fragmento de diente, borde incisal o cúspide	\$50
D2929	Corona prefabricada de porcelana/cerámica; diente temporal, anterior	\$75
D2940	Restauración de protección	\$0
D2981	Reparación de incrustación por problemas con el material de restauración	\$25
D2982	Reparación de recubrimiento por problemas con el material de restauración	\$25
D2983	Reparación de carilla por problemas con el material de restauración	\$25
Servicios de endodoncia		
D3110	Recubrimiento (directo) de la pulpa dentaria, sin restauración final	\$0
D3331	Tratamiento por obstrucción del conducto radicular; acceso no quirúrgico	\$0
D3333	Reparación interna del diente por defectos de preformación	\$50
D3346	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; anterior	\$0
D3348	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; molar	\$0
D3353	Apexificación/recalcificación; visita final (incluye finalización del tratamiento de conducto)	\$80
D3450	Amputación radicular; por raíz	\$85
D3920	Hemisección (incluye extracción de raíz), sin incluir el tratamiento de conducto radicular	\$150

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar
Servicios de periodoncia		
D4212	Gingivectomía o gingivoplastia, con el fin de permitir el acceso para un procedimiento de restauración, por diente	\$85
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular; 4 o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	\$150
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular; de 1 a 3 dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	\$225
D4245	Colgajo en posición apical	\$75
D4260	Cirugía ósea (incluye incisión del colgajo y sutura); 4 o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	\$0
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	\$80
D4270	Procedimiento de injerto de tejido blando pediculado	\$225
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, un solo diente (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área)	\$225
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidas las zonas quirúrgicas del beneficiario y del donante): posición en el injerto del primer diente, implante o lugar desdentado	\$295
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre (incluidas las zonas quirúrgicas del beneficiario y del donante): cada diente, implante o lugar desdentado contiguo adicional en el mismo lugar del injerto	\$295
D4921	Irrigación gingival; por cuadrante	\$0
Servicios de prótesis dentales (extraíbles)		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	\$0
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar, inmediata, de resina	\$365
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular, inmediata, de resina	\$365
D5223	Dentadura postiza parcial maxilar, inmediata; estructura de metal fundido con bases de la dentadura postiza de resina	\$415
D5224	Dentadura postiza parcial mandibular, inmediata; estructura de metal fundido con bases de la dentadura postiza de resina	\$415
D5225	Dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes)	\$180
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes)	\$180
D5670	Reemplazo de todos los dientes y delacrílico de la estructura de metal fundido (maxilar)	\$100
D5671	Reemplazo de todos los dientes y delacrílico de la estructura de metal fundido (mandibular)	\$100
D5710	Reemplazo de la base de la dentadura postiza maxilar completa	\$100

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar
D5711	Reemplazo de la base de la dentadura postiza mandibular completa	\$100
D5720	Reemplazo de la base de la dentadura postiza maxilar parcial	\$100
D5721	Reemplazo de la base de la dentadura postiza mandibular parcial	\$110
D5820	Dentadura postiza parcial provisoria (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes), maxilar. Incluye todos los ganchos y soportes necesarios.	\$380
D5821	Dentadura postiza parcial provisoria (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes), mandibular. Incluye todos los ganchos y soportes necesarios.	\$320
Servicios de prótesis dentales (fijas)		
D6210	Tramo de puente; molde de metal muy noble	\$380
D6212	Tramo de puente; molde de metal noble	\$320
D6240	Tramo de puente; porcelana fundida con metal muy noble	\$320
D6242	Tramo de puente; porcelana fundida con metal noble	\$320
D6243	Tramo de puente; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$260
D6250	Tramo de puente; resina con metal muy noble	\$330
D6252	Tramo de puente; resina con metal noble	\$350
D6600	Retenedor de incrustación, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$280
D6601	Retenedor de incrustación, porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$290
D6602	Retenedor de incrustación; molde de metal muy noble; 2 superficies	\$180
D6603	Retenedor de incrustación; molde de metal muy noble; 3 o más superficies	\$190
D6604	Retenedor de incrustación; molde principalmente de metal base; 2 superficies	\$210
D6605	Retenedor de incrustación; molde principalmente de metal base; 3 o más superficies	\$220
D6606	Retenedor de incrustación; molde de metal noble; 2 superficies	\$325
D6607	Retenedor de incrustación; molde de metal noble; 3 o más superficies	\$360
D6608	Retenedor de recubrimiento, porcelana/cerámica, 2 superficies	\$285
D6609	Retenedor de recubrimiento, porcelana/cerámica, 3 o más superficies	\$295
D6610	Retenedor de recubrimiento; molde de metal muy noble; 2 superficies	\$185
D6611	Retenedor de recubrimiento; molde de metal muy noble; 3 o más superficies	\$195
D6612	Retenedor de recubrimiento; molde principalmente de metal base; 2 superficies	\$205
D6613	Retenedor de recubrimiento; molde principalmente de metal base; 3 o más superficies	\$225
D6614	Retenedor de recubrimiento; molde de metal noble; 2 superficies	\$320

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar
D6615	Retenedor de recubrimiento; molde de metal noble; 3 o más superficies	\$260
D6720	Retenedor de corona; resina con metal muy noble	\$380
D6722	Retenedor de corona; resina con metal noble	\$320
D6750	Retenedor de corona; porcelana fundida con metal muy noble	\$380
D6752	Retenedor de corona; porcelana fundida con metal noble	\$380
D6753	Retenedor de corona; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	\$320
D6780	Retenedor de corona; $\frac{3}{4}$ de molde de metal muy noble	\$380
D6782	Retenedor de corona; $\frac{3}{4}$ de molde de metal noble	\$380
D6784	Retenedor de corona; $\frac{3}{4}$, titanio y aleaciones de titanio	\$320
D6790	Retenedor de corona; molde completo de metal muy noble	\$45
D6792	Retenedor de corona; molde completo de metal noble	\$320
D6940	Placa de descanso	\$45
Servicios de cirugías bucodentales y maxilofaciales		
D7111	Extracción de restos de coronas; dientes temporales	\$0
D7140	Extracción, dientes erupcionados o con raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	\$0
D7210	Extracción, dientes erupcionados que requieren extracción de hueso y/o división de dientes, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico	\$0
D7220	Extracción de diente impactado; tejido blando	\$0
D7241	Extracción de diente impactado; extracción ósea completa, con complicaciones quirúrgicas inusuales	\$0
D7251	Coronectomía; extracción parcial deliberada de un diente	\$130
D7282	Movilización de diente erupcionado o mal ubicado para facilitar su erupción	\$90
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal	\$0
Servicios de ortodoncia		
D8010	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición temporal	\$1,150
D8040	Tratamiento de ortodoncia limitado de la dentición de adultos; adultos	\$1,350
D8090	Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición de adultos; adultos	\$2,100
Servicios generales suplementarios		
D9311	Consulta con un profesional de atención de la salud	\$0
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

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Código ADA	Descripción de ADA para los servicios cubiertos	Lo que debe pagar
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	Placa oclusal; dura, arco completo	\$100
D9945	Placa oclusal; blanda, arco completo	\$100
D9946	Placa oclusal; dura, arco parcial	\$100
D9975	Blanqueamiento externo para aplicación en el hogar, por arco; incluye materiales y fabricación de moldes personalizados; limitado a un molde de blanqueamiento y gel para dos semanas de autotratamiento	\$125
D9986	Cita perdida (sin avisar 24 horas antes); por 15 minutos de tiempo de la cita	\$10
D9987	Cita cancelada (sin avisar 24 horas antes); por 15 minutos de tiempo de la cita	\$10

NOTA: A menos que necesite servicios dentales de emergencia que no están cubiertos por Medicare, las cantidades de Costo Compartido indicadas que debe pagar el Miembro solo se aplican cuando recibe servicios dentales de un dentista de la red. (Consulte “Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare”).

NOTA: Dado que Blue Shield firma un contrato con Medicare todos los años, es posible que estos beneficios dentales de rutina no estén disponibles el próximo año.

Cómo recibir atención dental de rutina

Introducción

El plan dental de Blue Shield es administrado por un Administrador del Plan Dental (DPA, por sus siglas en inglés) contratado, que es un organismo que tiene contrato con Blue Shield para administrar la prestación de servicios dentales a través de una red de dentistas contratados. Si tiene alguna pregunta relacionada con la información de esta sección dental, necesita ayuda o tiene algún problema, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana (excepto días 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.

Antes de obtener servicios dentales de rutina

Usted tiene la responsabilidad de garantizar que el profesional elegido sea un dentista de la red.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

NOTA: El estado de un dentista de la red puede cambiar. Usted tiene la obligación de verificar que su dentista actualmente forme parte de la red ante la posibilidad de que la lista de dentistas contratados haya cambiado. Para obtener una lista de los dentistas de la red ubicados en su área, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana (excepto días 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.

Visitas a su dentista

Poco tiempo después de la inscripción, recibirá un paquete de membresía a través del Administrador del Plan Dental (DPA), que le indicará la fecha de inicio de sus beneficios, así como la dirección y el número de teléfono de su dentista o dentista de atención primaria (PCD, por sus siglas en inglés) de la red. A partir de la fecha de inicio indicada en el paquete de membresía, usted podrá obtener servicios de atención dental cubiertos. Para programar una cita, simplemente debe llamar al consultorio de su PCD e identificarse como miembro de Blue Shield TotalDual Plan. Las citas iniciales deben programarse dentro de las cuatro semanas, a menos que se haya solicitado una fecha específica. Para realizar consultas sobre la disponibilidad de fechas para citas y el acceso a dentistas, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente del DPA llamando al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana (excepto días 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.

NOTA: Cada miembro deberá visitar a su PCD asignado para obtener los servicios cubiertos, excepto cuando se trate de servicios brindados por un especialista que cuenta con la autorización previa (por escrito) del DPA, o bien de servicios de atención dental de emergencia no cubiertos por Medicare. Blue Shield TotalDual Plan no cubre ningún otro tratamiento.

Debe contactar a su PCD para todas las necesidades de atención dental, incluidos servicios preventivos, problemas dentales de rutina, consultas con especialistas del plan y servicios de emergencia (cuando sea posible). El PCD tiene la responsabilidad de brindar servicios de atención dental general y coordinar las derivaciones a otros especialistas del plan necesarios. El Plan debe autorizar estas derivaciones.

Este plan dental, válido únicamente para atención dentro de la red, no les paga beneficios a los dentistas que no pertenecen a la red. Los servicios obtenidos a través de dentistas fuera de la red no tendrán cobertura, a menos que se trate de una emergencia dental. Cuando reciba servicios a través de un dentista fuera de la red, será su responsabilidad pagarle al dentista directamente la cantidad total facturada.

NOTA: Es posible que a los miembros que no hayan asistido a sus citas dentales de rutina (una vez cada seis [6] meses) les informen que necesitan recibir servicios tales como el raspado y alisado radicular periodontales antes de que se les pueda brindar atención de rutina (p. ej., las limpiezas habituales).

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Copagos que debe pagar el miembro

Antes de empezar el tratamiento, su dentista elaborará un plan de tratamiento que se adecue a sus necesidades individuales. Se recomienda analizar el plan de tratamiento y las responsabilidades financieras con su dentista antes de empezar con el tratamiento.

Debe pagar los copagos al momento de recibir el servicio o al comienzo de la atención.

Si necesita asistencia adicional para obtener información sobre su plan de tratamiento o si tiene alguna pregunta sobre los Copagos que debe pagar por los procedimientos dentales cubiertos, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana (excepto días 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.

Elección del dentista de atención primaria

Al momento de la inscripción, usted deberá seleccionar un dentista de la red para que actúe como su PCD. Si no selecciona un dentista de la red o si el dentista de la red seleccionado deja de estar disponible, el DPA le pedirá que seleccione otro dentista de la red o le asignará uno. Para cambiar el dentista de la red asignado, puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana (excepto días 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. A fin de garantizar que su dentista de la red reciba la notificación y que las listas de elegibilidad del DPA sean correctas, los cambios relacionados con dentistas de la red deben pedirse antes del día 21 del mes para que sean válidos a partir del primer día del mes siguiente.

Su dentista ya no tiene contrato con el DPA de Blue Shield TotalDual Plan

Si el dentista de la red que ha elegido no puede mantener su contrato con el DPA porque no puede cumplirlo o porque lo infringió, o si el DPA ha cancelado el contrato, el DPA le notificará a usted la situación como mínimo 30 días antes de la fecha en que se produzca la terminación del dentista, a fin de que usted pueda seleccionar otro dentista.

Si el DPA le avisa que es necesario que elija otro dentista por este motivo, no se aplicarán las tarifas por duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Además, el dentista de la red completará (a) una dentadura postiza parcial o completa para la cual se hayan tomado impresiones finales, y (b) todo trabajo que se haya iniciado en un diente (como la finalización de los tratamientos de conducto radicular en progreso y la colocación de coronas cuando se hayan preparado los dientes).

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare

Los servicios de emergencia no cubiertos por Medicare abarcan la atención brindada por un dentista para tratar una enfermedad dental 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 su salud dental, o (ii) cause el deterioro de las funciones dentales.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare dentro del área de servicio

Si considera que necesita atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare y está en el Área de Servicio de Blue Shield TotalDual Plan, llame de inmediato a su dentista asignado de la red. El personal del consultorio dental le aconsejará qué hacer.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área de servicio

Si está fuera del Área de Servicio de Blue Shield TotalDual Plan y necesita atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare, puede recibir tratamiento de cualquier dentista autorizado. Se cubrirá una cantidad de hasta \$100 por los servicios que reciba de un dentista fuera del área de servicio (menos los Copagos del Miembro que correspondan) siempre y cuando cambiar a un Proveedor de la Red suponga un riesgo para su salud.

Reembolso por atención dental de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área de servicio

Le reembolsaremos hasta \$100 (menos los Copagos del Miembro que correspondan) por el costo de los servicios dentales de emergencia cubiertos que se brindan fuera del área y que no tienen la cobertura de Medicare. Siempre que sea posible, debe solicitarle al dentista que envíe la factura directamente a Blue Shield a la dirección indicada a continuación.

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

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

Hay límites de tiempo para la presentación de reclamaciones. Por lo general, las facturas de los servicios deben presentarse ante Blue Shield en el transcurso de un año a partir de la fecha en la que se recibió el servicio, a menos que haya un motivo para presentarlas más tarde.

Nuestro DPA revisará el servicio dental de emergencia no cubierto por Medicare que usted recibió y, en un plazo de 30 días después de haber recibido la reclamación, le avisará si cumple con los requisitos para obtener un reembolso. A excepción de los servicios dentales de

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

emergencia que no están cubiertos por Medicare, usted será responsable de pagar la totalidad de los servicios dentales que reciba fuera de California.

Rechazo de una reclamación de reembolso por atención dental de emergencia no cubierta por Medicare fuera del área de servicio

Si se rechaza en forma total o parcial una reclamación de reembolso por atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare y ha sido obtenida fuera del área de servicio, el DPA le notificará la decisión por escrito. La notificación incluirá el motivo específico del rechazo y le informará que puede solicitar una reconsideración del rechazo.

Para solicitar una reconsideración del rechazo total o parcial, envíe un aviso por escrito a Blue Shield TotalDual Plan en el transcurso de los 60 días calendario posteriores a la fecha que aparece en el aviso de rechazo por escrito.

Para obtener más información, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*.

Cómo obtener una segunda opinión sobre la atención dental

Si no está de acuerdo con el diagnóstico y/o la decisión de su dentista de la red respecto del plan de tratamiento, 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 dental o la aplicación de beneficios.

Las segundas opiniones serán emitidas por dentistas autorizados de manera oportuna, según la naturaleza de su enfermedad. Las solicitudes relativas a casos de amenaza grave e inminente a la salud se acelerarán (autorización aprobada o rechazada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la solicitud, siempre que sea posible). Para recibir ayuda o información adicional sobre los procedimientos y los plazos de las autorizaciones para las segundas opiniones, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **866-247-2486 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana (excepto días 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, o bien escríbale al DPA.

Las segundas opiniones se brindarán en otro consultorio dental 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 hay disponible un dentista 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 decisión, puede presentar una apelación ante Blue Shield TotalDual Plan. Consulte la sección *Reclamos y apelaciones* para obtener información adicional.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Coordinación de beneficios

Este plan ofrece beneficios sin tener en cuenta la cobertura de cualquier otra póliza de seguro grupal o de cualquier otro programa de beneficios de salud grupal si la otra póliza o el otro programa cubre servicios o gastos además de la atención dental. De lo contrario, los beneficios que los especialistas o dentistas fuera de la red ofrecen en virtud de este plan se coordinan con estas otras pólizas de seguro dental grupal o cualquier programa de beneficios dentales grupal. La determinación sobre qué póliza o programa es el principal se registrará por las normas establecidas en el contrato.

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

- el monto que habría pagado en ausencia de cualquier otra cobertura de beneficios dentales; o
- los costos de bolsillo totales del miembro, pagaderos según el plan principal de beneficios dentales, siempre que los beneficios estén cubiertos en virtud de este plan.

El miembro debe brindar al DPA cualquier información propia 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 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 dentista, un miembro, una 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 reclamos 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 dentistas de la red hasta la cortesía de nuestros representantes telefónicos. Si tiene alguna pregunta o queja con respecto a la elegibilidad, la denegación de reclamaciones o servicios dentales, las políticas, los procedimientos o las operaciones del DPA o la calidad de los servicios dentales brindados por un dentista de la red, usted tiene derecho a presentar un reclamo o apelar ante Blue Shield TotalDual Plan. Consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*, para obtener más información sobre cómo presentar una apelación o un reclamo. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(866) 247-2486 [TTY: 711]**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana (excepto días 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. También puede comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan (los números de teléfono están en la contracubierta de este documento).

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Limitaciones generales del plan dental HMO de rutina

1. Los exámenes bucodentales se limitan a un (1) examen cada tres (3) años calendario, por proveedor o centro (D0150).
2. La profilaxis o el raspado se limita a dos (2) tratamientos en un (1) año calendario (D1110).
3. La aplicación tópica de flúor (excepto barniz) se limita a dos (2) tratamientos por año calendario (D1208).
4. Las coronas (de porcelana fundida con metal noble) se limitan a dos (2) por año calendario, por paciente (D2750).
5. Dentadura postiza: Dentadura postiza parcial maxilar, inmediata; estructura de metal fundido con bases de la dentadura postiza de resina (1 cada 5 años calendario) (D5223).
6. Periodoncia: Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular; de 1 a 3 dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante (D4241).
7. La dentadura postiza parcial se limita a 1 en 12 meses consecutivos (D5820 y D5821).
8. El costo para un miembro que recibe tratamiento de ortodoncia y cuya cobertura se cancele o termine 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.

Exclusiones generales del plan dental HMO de rutina

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente detallado en el *Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina*.
2. Los procedimientos que, según la opinión profesional de un dentista 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(de los) diente(s) y/o las estructuras adyacentes.
 - b. No son coherentes con los estándares generalmente aceptados por la odontología.
3. Los servicios con objetivos exclusivamente estéticos o por problemas de salud que son el resultado de defectos hereditarios o del desarrollo, como el paladar hendido, las malformaciones del maxilar y la mandíbula, la falta congénita de dentadura y los dientes descoloridos o sin esmalte.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

4. Los aparatos robados o extraviados, entre otros, dentaduras postizas parciales o completas, separadores, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
5. Los procedimientos, los aparatos o las restauraciones, si el objetivo es modificar la dimensión vertical, o diagnosticar o tratar condiciones anormales de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
6. Los metales preciosos para aparatos extraíbles, las bases blandas permanentes o metálicas para dentaduras postizas completas, los dientes de dentaduras postizas de porcelana, los pilares de precisión para dentaduras postizas parciales fijas o extraíbles (recubrimientos, implantes y aparatos relacionados) y la personalización y caracterización de dentaduras postizas parciales y completas.
7. Los acoplamientos y aparatos dentales soportados por implantes, la colocación, el mantenimiento y la extracción de implantes, y demás servicios asociados con un implante dental.
8. Consultas para beneficios no cubiertos.
9. Los servicios dentales recibidos en cualquier consultorio dental que no sea el del dentista de la red asignado, el de un especialista dental previamente autorizado o el de un ortodoncista de la red, excepto en el caso de los servicios de atención dental de emergencia descritos en la Evidencia de Cobertura.
10. Todas las tarifas relacionadas con la admisión, el uso o la estadía en un hospital, centros quirúrgicos ambulatorios, centros de atención complementaria u otros centros de atención similares.
11. Medicamentos recetados.
12. Los gastos dentales incurridos en relación con procedimientos dentales o de ortodoncia comenzados antes de que el miembro reuniera los requisitos para inscribirse en Blue Shield TotalDual Plan. Entre los ejemplos se incluyen: dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto radicular en curso, dentaduras postizas parciales o completas para las cuales se tomó una impresión y ortodoncia.
13. Los cambios en el tratamiento de ortodoncia necesarios por accidente de cualquier tipo.
14. Los aparatos y/o las terapias miofuncionales y parafuncionales.
15. Los frenillos de resina compuesta o de cerámica, la adaptación lingual de bandas de ortodoncia y otras alternativas especializadas o estéticas a los aparatos de ortodoncia fijos y extraíbles estándar.
16. La extracción de dientes, cuando estos son asintomáticos y no tienen signos patológicos (no hay signos ni síntomas de alguna patología o infección), incluidas, entre otras, la extracción de terceros molares y las extracciones con fines de ortodoncia.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

17. Las dentaduras postizas parciales temporales (placas de apoyo o “stayplates”), junto con los aparatos fijos o extraíbles, se limitan al reemplazo de los dientes anteriores extraídos en adultos durante un período de curación, cuando los dientes no puedan añadirse a una dentadura postiza parcial existente.
18. Los beneficios para un programa de tratamiento de tejido blando se limitan a esas partes, que son los servicios cubiertos indicados en el *Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina*. Si un miembro rechaza los servicios no cubiertos dentro de un programa de tratamiento de tejido blando, esto no elimina ni modifica a los otros beneficios cubiertos.
19. Los tratamientos o aparatos proporcionados por un dentista que se especializa en servicios de prótesis dentales.
20. El tratamiento de ortodoncia debe estar a cargo de un dentista autorizado. La ortodoncia autoadministrada no está cubierta.
21. La extracción de los aparatos de ortodoncia fijos por razones distintas a la finalización del tratamiento no es un beneficio cubierto.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios están cubiertos fuera de la red de Blue Shield TotalDual Plan?

Sección 3.1 Servicios no cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan

Los siguientes servicios no están cubiertos por Blue Shield TotalDual Plan, pero están disponibles a través de Medi-Cal (Medicaid):

- Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.
- Equipos médicos duraderos y suministros adicionales
- Atención a largo plazo adicional
- Los servicios domésticos incluyen la ayuda con las tareas domésticas básicas, como la limpieza leve y la preparación de comidas sencillas.
- Centros de salud federalmente calificados (FQHC, por sus siglas en inglés); servicios cubiertos por Medi-Cal (Medicaid)
- Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS, por sus siglas en inglés): ofrecen servicios a adultos mayores elegibles y/o adultos con discapacidades a fin de recuperar o mantener su capacidad óptima de cuidado personal, y retrasar o evitar la institucionalización inapropiada o personalmente indeseable. Los servicios de CBAS incluyen: una evaluación individual; servicios de enfermería profesional; fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla; servicios de salud mental; actividades terapéuticas; servicios sociales; cuidado personal; una comida; asesoramiento nutricional; y transporte hacia y desde la residencia del participante y el centro CBAS.
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés): el programa IHSS lo ayuda a pagar los servicios que recibe, lo que le permite permanecer en la seguridad de su

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

propio hogar. Para ser elegible, debe ser mayor de 65 años, tener una discapacidad o estar ciego. Los niños con discapacidades también son potencialmente elegibles para los IHSS. Los IHSS se consideran una alternativa a la atención fuera del hogar, como los hogares de ancianos o los centros de albergue y cuidado.

Los servicios de planificación familiar se brindan a los miembros para ayudarlos a retrasar o evitar embarazos. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés).

SECCIÓN 4 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan, Medicare (exclusiones) o Medi-Cal (Medicaid)?

Sección 4.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan, Medicare (exclusiones) o Medi-Cal (Medicaid)
--------------------	--

Esta sección le brinda información acerca de los servicios que están “excluidos” por Medicare.

El siguiente cuadro describe algunos servicios y productos que no cubre el plan, Medicare o Medi-Cal (Medicaid) en ninguna circunstancia, o que están cubiertos por el plan, Medicare o Medi-Cal (Medicaid) solo en condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (es decir, que no están cubiertos), usted deberá pagarlos, excepto en las situaciones específicas señaladas a continuación. Incluso en el caso de que usted reciba los servicios excluidos en un centro de emergencias, dichos servicios excluidos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. Hay una única excepción: cuando, tras una apelación, se determina que el servicio es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que no se cubren en ninguna situación	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Acupuntura.		<p>Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.</p> <p>Se brinda cobertura adicional según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en este capítulo.</p>

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que no se cubren en ninguna situación	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Cirugías o procedimientos estéticos.		Se cubren en caso de lesiones accidentales o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo con una malformación. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de un seno que haya sido sometido a una mastectomía, así como la reconstrucción del seno intacto para lograr una apariencia simétrica.
<p>Cuidado custodial.</p> <p>El cuidado custodial se refiere al cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico entrenado; por ejemplo, la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	✓	
<p>Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no tienen una aceptación general de la comunidad médica.</p>		<p>Es posible que nuestro plan o Medicare Original los cubra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare.</p> <p>(Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Cargos de atención impuestos por sus familiares inmediatos o por integrantes de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.		Cubierta por Medi-Cal (Medicaid) en situaciones específicas.
Envío de comidas al hogar.		Se brinda cobertura según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en este capítulo.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que no se cubren en ninguna situación	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Los servicios domésticos que incluyen la ayuda con las tareas domésticas básicas, como la limpieza leve y la preparación de comidas sencillas.		Se brinda cobertura según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en este capítulo.
Servicios de naturoterapia (uso de tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Atención dental que no es de rutina.		La atención dental necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes internados o para pacientes ambulatorios.
Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para los pies.		Calzado que forma parte de los dispositivos ortopédicos para las piernas y está incluido en el costo de estos. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedades del pie como consecuencia de la diabetes.
Artículos de uso personal en el cuarto de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Cuarto privado en un hospital.		Se cubre solo cuando es médicamente necesario.
Tratamientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos no recetados.	✓	
Servicios de quiropráctica de rutina.		Está cubierta la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. Se brinda cobertura adicional según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en este capítulo.

Capítulo 4 Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que no se cubren en ninguna situación	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o prótesis dentales.		Se brinda cobertura según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos y el Cuadro de Beneficios Dentales: procedimientos de rutina, incluidos en este capítulo.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía ocular LASIK (queratomileusis in situ asistida con láser) y otros medios para corregir una visión defectuosa.		Se cubren un examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas. Se brinda cobertura adicional según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en este capítulo.
Atención de los pies de rutina.		Se brinda cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si sufre diabetes). Se brinda cobertura adicional según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en este capítulo.
Pruebas de audición de rutina, audífonos o pruebas de adaptación de los audífonos.		Se brinda cobertura según lo descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos incluido en este capítulo.
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original.	✓	

CAPÍTULO 5:

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

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



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda Complementaria” para pagar los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos para recibir la “Ayuda Complementaria” de Medicare (y, de hecho, la están recibiendo) para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted participa en el programa de “Ayuda Complementaria”, **es posible que cierta información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D incluida en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted.** Le hemos enviado un encarte separado que se denomina “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional de LIS”. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este documento).

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para usar la cobertura de medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios relacionados con los medicamentos de la Parte B de Medicare y los medicamentos suministrados en los servicios de atención paliativa.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos a través de sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid), debe comunicarse con su plan de atención administrada de Medi-Cal (Medicaid) o con la oficina de Medi-Cal (Medicaid) de su estado (la información de contacto aparece en la Sección 6 del Capítulo 2).

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

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando usted cumpla con las siguientes normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que extienda recetas) que le haga una receta válida según las leyes estatales pertinentes.
- El profesional que extiende recetas no debe aparecer en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.

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

- En general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la manera breve de referirse a esta lista es “Lista de Medicamentos”). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben encontrarse en la “Lista de Medicamentos” del plan*).
- Su medicamento debe ser utilizado según una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan

Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos *solamente* si la receta se surte en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre las circunstancias en las que cubriríamos recetas que se hayan surtido en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para brindarle los medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

¿Cómo puede encontrar una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (blueshieldca.com/medpharmacy2023) o llamar a Atención al Cliente.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

¿Qué pasa si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que utiliza deja de formar parte de la red del plan, deberá encontrar una nueva farmacia que esté dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede solicitar ayuda a Atención al Cliente o puede utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web blueshieldca.com/medpharmacy2023.

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

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

Algunas recetas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para el tratamiento de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para las personas que viven en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, los centros de LTC (p. ej., un hogar de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para obtener acceso a los beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Atención al Cliente.
- Farmacias del Servicio de Salud para Indígenas/Programa de Salud para Tribus/Indios Urbanos (no están disponibles en Puerto Rico). Excepto en una emergencia, solo los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que venden medicamentos cuyo expendio está restringido por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) a determinados lugares, o que exigen una administración especial, coordinación de proveedores o educación acerca de su uso. (**Nota:** Esta situación debería presentarse en raras ocasiones).

Para encontrar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* o llame a Atención al Cliente.

Sección 2.3	Cómo utilizar la farmacia de servicio por correo del plan
--------------------	--

Para ciertos tipos de medicamentos, puede utilizar la farmacia de servicio por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se suministran mediante la farmacia de servicio por correo son medicamentos que se toman regularmente para el tratamiento de un problema de salud crónico o prolongado. Los medicamentos que *no* están disponibles mediante la farmacia de servicio por correo del plan están marcados con el símbolo **NDS** en nuestra Lista de Medicamentos.

La farmacia de servicio por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro para hasta 100 días de medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y un suministro para 90 días de medicamentos del Nivel 2 (medicamentos genéricos), del Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos) y del Nivel 4 (medicamentos no preferidos).**

Para obtener los formularios de pedido e información sobre cómo hacer surtir sus recetas por correo, llame a Atención al Cliente al número de teléfono que está en la contracubierta de este documento. Si utiliza una farmacia de servicio por correo fuera de la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

Por lo general, el pedido que realizó a una farmacia de servicio por correo se le enviará en no más de 14 días. No obstante, a veces, el medicamento recetado que haya pedido a través del servicio por correo puede retrasarse. Si recibe un aviso de que puede haber un retraso en el envío de su medicamento recetado por parte de la farmacia de servicio por correo, por motivos que están fuera de su control, llame a Atención al Cliente al número que está en la contracubierta de este

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

documento. Un representante de Blue Shield lo ayudará a obtener un suministro de medicamentos suficiente de una farmacia al por menor de la red, de su localidad, para que usted no esté sin medicamentos hasta que llegue su medicamento de servicio por correo. Para ello, puede necesitar comunicarse con su médico para pedirle que llame por teléfono a la farmacia al por menor de la red o envíe por fax una receta nueva en la que se detalle la cantidad de medicamento que usted necesitará hasta que reciba su medicamento de servicio por correo.

Si el retraso supera los 14 días desde la fecha en que el medicamento fue solicitado a la farmacia de servicio por correo y el retraso se debe a que el medicamento se extravió en el sistema de correo, Atención al Cliente puede coordinar con la farmacia de servicio por correo un pedido de reemplazo.

Nuevas recetas que la farmacia reciba directamente del consultorio de su médico.

Después de que la farmacia reciba una receta por parte de un proveedor de atención de la salud, se comunicará con usted para saber si desea hacer surtir el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda siempre que la farmacia se comunique con usted para indicarle al personal que envíe, retrase o interrumpa la nueva receta.

Repeticiones de recetas mediante el servicio por correo. Si necesita repeticiones de recetas, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se termine su receta actual a fin de asegurarse de recibir su próximo pedido a tiempo.

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

Si obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que su costo compartido sea más bajo. El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman regularmente para el tratamiento de un problema de salud crónico o prolongado).

1. Algunas farmacias al por menor de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. El *Directorio de Farmacias* le informa qué farmacias de nuestra red pueden brindarle un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo. También puede llamar a Atención al Cliente para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestra farmacia de servicio por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no forma parte de la red del plan?****Su receta puede estar cubierta en determinadas situaciones**

En términos generales, cubrimos los medicamentos cuyas recetas fueron surtidas en una farmacia fuera de la red *únicamente* cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, en las que puede hacer surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. **Verifique antes con Atención al Cliente** si hay una farmacia de la red cerca de su ubicación. Es muy posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red:

- Si le es imposible conseguir un medicamento cubierto oportunamente dentro de nuestra área de servicio, debido a que no hay ninguna farmacia de la red que brinde servicios durante las 24 horas a una distancia razonable en automóvil.
- Si necesita hacer surtir una receta por un medicamento recetado cubierto que no se abastece regularmente en una farmacia al por menor de la red o de servicio por correo que reúna los requisitos necesarios (por ejemplo, medicamentos de poco interés comercial, medicamentos exclusivos y de costo elevado u otros productos farmacéuticos especializados).
- Es posible que cubramos, mediante nuestro acceso fuera de la red, algunas vacunas que pueden administrarse en el consultorio de su médico, pero que no están cubiertas por la Parte B de Medicare y que no pueden obtenerse razonablemente en una farmacia de la red.
- Las recetas que se surten en farmacias fuera de la red están limitadas a un suministro para 30 días de medicamentos cubiertos.

¿Cómo puede solicitarle un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) al hacer surtir su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra porción del costo. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo solicitarle al plan el reembolso del costo).

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

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben encontrarse 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 tiene una “*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, nos referimos al formulario de manera breve como la “**Lista de Medicamentos**”.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos establecidos por Medicare y cuenta con su aprobación.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos que están cubiertos mediante la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos recetados están cubiertos a través de sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Si desea obtener información sobre la cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid), puede consultar la Lista de Medicamentos Contratados de Medi-Cal (Medicaid) que se encuentra en el sitio web de Medi-Cal (Medicaid): www.dhcs.ca.gov. Diríjase a la pestaña *Providers and Partners* (Proveedores y socios), haga clic en *Pharmacy Benefits* (Beneficios de farmacia) y, luego, consulte la *Contract Drug List (Lista de Medicamentos Contratados)*.

Por lo general, cubriremos un medicamento incluido en la Lista de Medicamentos del plan siempre y cuando usted respete el resto de las normas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que cumple con *una* de las siguientes dos condiciones:

- Ha sido aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos para el diagnóstico o el problema de salud para los cuales se lo receta.
- *o* está avalado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Estadounidense (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información DRUGDEX (DRUGDEX Information System).

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial registrado que le pertenece al fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la lista, cuando hablamos de “medicamentos”, podríamos estar refiriéndonos a un medicamento o a un producto biológico.

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

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que contiene los mismos principios activos que el medicamento de marca. Debido a que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares tienen la misma eficacia que el medicamento de marca o el producto biológico, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos o alternativas biosimilares que reemplazan a una gran cantidad de medicamentos de marca y a algunos productos biológicos.

¿Qué *no* está incluido 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 punto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo.
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunas situaciones, es posible que pueda obtener un medicamento que no está incluido en la lista. Consulte Capítulo 9 para obtener más información.

Sección 3.2	Hay cinco “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos
--------------------	--

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (el 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 de nivel especializado (el nivel más alto de costo compartido)
Incluye medicamentos de marca y genéricos de costo muy alto que pueden exigir una administración especial y/o estrecha vigilancia.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

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

En el Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*, se indica la cantidad que usted paga 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?

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más actualizada que le brindamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (blueshieldca.com/medformulary2023). La Lista de Medicamentos del sitio web es siempre la versión más actualizada.
3. Llame a Atención al Cliente para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos del plan, o bien para solicitar una copia de la lista. (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este documento).

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué hay restricciones para algunos medicamentos?

Hay normas especiales que restringen la manera y la circunstancia en que ciertos medicamentos recetados están cubiertos por el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de las maneras más eficaces. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Si un medicamento seguro y económico surte el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, las normas del plan están creadas para alentarlos a usted y a su proveedor a optar por la alternativa de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar según la concentración, la dosis o la fórmula del medicamento recetado por su proveedor de atención de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, el medicamento puede tener una concentración de 10 mg o 100 mg, puede indicarse para una dosis diaria o para dos dosis diarias, o puede presentarse en comprimidos o en forma líquida).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones incluidas a continuación le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que utilizamos para ciertos medicamentos.

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

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Atención al Cliente para averiguar lo que usted o su proveedor deberían hacer para que el medicamento tenga cobertura. Si usted desea que le quitemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Nosotros podemos estar de acuerdo o no con quitar dicha restricción para su caso. (Consulte el Capítulo 9).

Restricción de medicamentos de marca cuando hay disponible una versión genérica

Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando haya disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le brindarán la versión genérica en vez del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos comunica la razón médica por la cual el medicamento genérico no le surtirá efecto, cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su porción del costo sea mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtención de la aprobación por adelantado del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor necesitan obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir tales medicamentos. Esto se denomina “**autorización previa**” y se implementa para garantizar la seguridad del medicamento y brindar orientación sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Requisito de probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos que generalmente tienen la misma eficacia antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B sirven para tratar el mismo problema de salud, y el medicamento A es menos costoso, es posible que el plan le solicite que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**tratamiento escalonado**”.

Límites en las cantidades

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener de un medicamento cada vez que hace surtir su receta. Por ejemplo, si por lo general se considera que es seguro tomar solamente una píldora por día de cierto medicamento, es posible que limitemos la cobertura de su receta a no más de una píldora por día.

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría?****Sección 5.1 Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría**

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted está tomando, o que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no está en nuestro formulario, o bien está incluido en nuestro formulario con ciertas restricciones. A continuación, se brindan algunos ejemplos:

- Es posible que el medicamento directamente no esté cubierto; o quizás, una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no lo está.
- El medicamento está cubierto, pero hay normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento, tal como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido en el cual el costo compartido que le corresponde a usted es superior a lo que considera que debería ser.
- Hay medidas que puede tomar si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría.
- Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento está sujeto a restricciones, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido en el cual el costo que usted debe pagar es superior a lo que considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si el medicamento está sujeto a alguna restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está sujeto a restricciones, estas son las opciones:

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que quite las restricciones del medicamento.

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan le debe ofrecer un suministro temporal de un medicamento que usted está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para recibir un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar incluido en la Lista de Medicamentos del plan, O BIEN ahora está sujeto a algún tipo de restricción.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si formaba parte del plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta indica menos días, le permitiremos hacer surtir su receta varias veces hasta alcanzar 30 días de medicación como máximo. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede brindar el medicamento en menores cantidades por vez para evitar que se desperdicie).
- **Para aquellos miembros que hayan pertenecido al plan durante más de 90 días, vivan en un centro de atención a largo plazo y necesiten un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si la receta indica menos días. Esto se suma al suministro temporal descrito anteriormente.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Atención al Cliente.

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

1) Puede cambiar de medicamento.

Hable con su proveedor para ver si hay algún medicamento diferente que esté cubierto por el plan y que surta igual efecto. Puede llamar a Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar el mismo problema de salud. Esta lista puede resultar de ayuda para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que le podría surtir efecto.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera en que a usted le gustaría. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitarnos una excepción. Por ejemplo, puede solicitarle al plan que cubra un medicamento, aun cuando no esté en la Lista de Medicamentos del plan. O puede solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le explica qué debe hacer. Asimismo, le explica los procedimientos y las fechas límite estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de manera rápida y justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, estas son las medidas que puede tomar:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente que esté en un nivel de costo compartido más bajo y que le podría surtir igual efecto. Llame a Atención al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar el mismo problema de salud. Esta lista puede resultar de ayuda para que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que le podría surtir efecto.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para dichos medicamentos, de manera que usted pague menos por ellos. Si su proveedor indica que usted tiene razones médicas que justifican la solicitud de una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 7.4 del Capítulo 9 le explica qué debe hacer. Asimismo, le explica los procedimientos y las fechas límite estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione de manera rápida y justa.

Los medicamentos del Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado) no reúnen las condiciones exigidas para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad de costo compartido de los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si se cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se produce al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, el plan puede realizar cambios en la Lista de Medicamentos durante el año. Por ejemplo, el plan puede:

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

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel más alto o más bajo de costo compartido.**
- **Agregar o quitar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2	¿Qué pasa si se cambia la cobertura de un medicamento que toma actualmente?
--------------------	--

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se hacen cambios en la Lista de Medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de Medicamentos que está en Internet con regularidad. A continuación, se indican las ocasiones en que recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que está tomando.

Cambios en la cobertura de su medicamento que pueden afectarlo durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza a un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido, o en uno más bajo, y con las mismas restricciones, o menos. Al agregar el nuevo medicamento genérico, podremos 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, o ambas cosas.
 - Es posible que no le avisemos con anticipación antes de hacer ese cambio, incluso si está tomando el medicamento de marca en ese momento. Si está tomando el medicamento de marca cuando hacemos el cambio, le brindaremos información sobre el cambio específico. También se 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 hagamos el cambio.
 - Usted o el profesional que extiende recetas puede pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo su medicamento de marca. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

- **Medicamentos inseguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, se determina que un medicamento no es seguro o se retira del mercado por otras razones. Si esto pasa, es posible que quitemos el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si usted está tomando ese medicamento, le avisaremos inmediatamente.
 - El profesional que extiende recetas también estará al tanto de este cambio y podrá trabajar junto con usted a fin de encontrar otro medicamento para tratar su problema de salud.
- **Otros cambios en los medicamentos de la Lista de Medicamentos**
 - Una vez que empieza el año, podemos hacer otros cambios que afectan los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar a un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos, o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos hacer cambios en función de la presencia de recuadros de advertencia de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - En el caso de estos cambios, debemos darle aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y una repetición de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Una vez que reciba el aviso del cambio, deberá trabajar junto con el profesional que extiende recetas para cambiar a un medicamento diferente que cubramos, o bien cumplir con las nuevas restricciones aplicadas sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o el profesional que extiende recetas puede pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no lo afectan durante el año del plan actual

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron anteriormente. En estos casos, no se verá afectado por el cambio si está tomando el medicamento en el momento en que se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Si trasladamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Si aplicamos una nueva restricción sobre el uso de su medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios se aplica a un medicamento que está tomando (excepto cuando se lo retira del mercado, un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de

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

marca o a causa de otro cambio incluido en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su porción del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, es probable que no perciba ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en el uso que usted hace del medicamento.

No recibirá ningún aviso directo sobre estos tipos de cambios durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si se aplicará algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afecte durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos
--

En esta sección, se explica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Cuando, tras una apelación, se determine que el medicamento solicitado no está excluido por la Parte D, será nuestra responsabilidad pagarlo o cubrirlo. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento excluido por nuestro plan también está excluido por Medi-Cal (Medicaid), el pago será responsabilidad suya.

A continuación, incluimos tres normas generales acerca de los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o por la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se haya comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso ajeno al indicado en la etiqueta. “Uso ajeno al indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento que no coincida con los usos que se indican en la etiqueta de un medicamento y están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos.
- Se permite la cobertura de un “uso ajeno al indicado en la etiqueta” únicamente cuando el uso está avalado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de Formulario Hospitalario Estadounidense (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de Información DRUGDEX (DRUGDEX Information System).

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se enumeran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, es posible que su cobertura de medicamentos de Medi-Cal

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

(Medicaid) cubra algunos de estos medicamentos. Para obtener información específica sobre los medicamentos cubiertos a través de su cobertura de medicamentos de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Atención al Cliente.

- Medicamentos sin receta (también llamados “medicamentos de venta libre”)
- Medicamentos utilizados para estimular la fecundidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos y el resfrío
- Medicamentos utilizados con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto los preparados vitamínicos y con flúor prenatales
- Medicamentos utilizados para tratar la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para tratar la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante pretende exigir, como condición de venta, que las pruebas o servicios de control relacionados con dichos medicamentos se le compren exclusivamente al fabricante

SECCIÓN 8 Hacer surtir una receta

Sección 8.1	Brinde información sobre su membresía
--------------------	--

Para hacer surtir su receta, bríndele la información sobre su membresía en el plan, que puede encontrarse en su tarjeta de membresía, a la farmacia de la red de su elección. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan nuestra porción del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* porción del costo al recoger su medicamento recetado.

Sección 8.2	¿Qué debe hacer si no tiene la información sobre su membresía?
--------------------	---

Si no tiene la información sobre su membresía en el plan al hacer surtir su receta, usted o la farmacia pueden comunicarse con el plan para solicitar la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total del medicamento recetado cuando lo recoja.** (Después puede **solicitarnos que le reembolsemos** la porción que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

Capítulo 5 Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué pasa si usted está en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía que está cubierta por el plan?**

Si a usted lo admiten en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando los medicamentos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura, que se describen en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué pasa si usted vive en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

En general, los centros de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), como los hogares de ancianos, tienen sus propias farmacias o usan una farmacia que les suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted vive en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados mediante la farmacia del centro, o la farmacia que este usa, siempre y cuando la farmacia forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de Farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de LTC, o la farmacia que este usa, forma parte de nuestra red. Si no pertenece a la red, o si necesita más ayuda o información, comuníquese con Atención al Cliente. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir regularmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué pasa si usted vive en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o que está sujeto a alguna restricción?

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

Sección 9.3 ¿Qué pasa si usted también recibe cobertura de medicamentos del plan grupal de un empleador o de un grupo para jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados mediante su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios pertinente**. El administrador puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

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

Por lo general, si usted tiene cobertura grupal de su empleador o grupo para jubilados, la cobertura de medicamentos recetados que reciba de nosotros será *secundaria* respecto de su cobertura grupal. Eso significa que le corresponde pagar primero a la cobertura grupal.

Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Todos los años, su empleador o grupo para jubilados deben enviarle un aviso que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable”.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, esto significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable, ya que puede necesitarlo más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye una cobertura de medicamentos de la Parte D, es posible que necesite este aviso para demostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicítele una copia al administrador de beneficios del plan de su empleador o grupo para jubilados o a su empleador o unión.

Sección 9.4	¿Qué pasa si está en un programa de atención paliativa certificado por Medicare?
--------------------	---

El programa de atención paliativa y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de atención paliativa de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, un medicamento antiemético, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por ese programa debido a que no están relacionados con su enfermedad terminal o los problemas de salud asociados, nuestro plan debe recibir un aviso por parte del profesional que extiende recetas o de su proveedor de atención paliativa que indique que los medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal a fin de que nuestro plan pueda cubrir dichos medicamentos. Para evitar demoras en la recepción de los medicamentos que nuestro plan debería cubrir, pídale a su proveedor de atención paliativa o al profesional que extiende recetas que envíe el aviso antes de que se surta su receta.

En el caso de que usted revoque su elección de recibir atención paliativa o que le den el alta del centro de atención paliativa, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de atención paliativa de Medicare, presente en la farmacia la documentación que demuestre su revocación o alta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos

Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Para nuestros miembros, realizamos revisiones del uso de los medicamentos a fin de asegurarnos de que estén recibiendo una atención adecuada y segura.

Realizamos una revisión cada vez que usted hace surtir una receta. También realizamos una revisión periódica de nuestros registros. Durante estas revisiones, nos concentramos en la búsqueda de problemas potenciales, tales como:

- Posibles errores de medicación
- Medicamentos que pueden no ser necesarios, debido a que toma otro medicamento que sirve para tratar el mismo problema de salud
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados para su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma de manera simultánea
- Recetas para medicamentos que contienen componentes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) que ayuda a los miembros a usar sus medicamentos con opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a asegurarse de que los miembros usen sus medicamentos recetados con opioides, y otros medicamentos de los que con frecuencia se abusa, de manera segura. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted usa medicamentos con opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente con opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y medicamento necesario. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que el uso de sus medicamentos recetados con opioides no es seguro, podemos limitar la manera en que puede obtener esos medicamentos. Si lo incluimos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

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

- requerir que obtenga todas sus recetas para los medicamentos con opioides de (una) determinada(s) farmacia(s);
- requerir que obtenga todas sus recetas para los medicamentos con opioides de (un) determinado(s) médico(s);
- limitar la cantidad de medicamentos con opioides que le cubriremos.

Si decidimos limitar la manera en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener de estos, le enviaremos una carta con anticipación. La carta explicará las limitaciones que creemos que deben aplicársele. Usted tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la limitación o nuestra determinación, usted y el profesional que extiende recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si apela, revisaremos su caso y le comunicaremos nuestra decisión. Si seguimos rechazando alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente ajeno a nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

No lo incluiremos en nuestro DMP si tiene ciertos problemas de salud, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe atención paliativa o para enfermos terminales, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (MTM) que ayuda a los miembros a administrar sus medicamentos
---------------------	--

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con problemas de salud complejos. Nuestro programa se denomina Programa de Administración de Tratamientos con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratis. Un equipo de farmacéuticos y médicos nos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Es posible que algunos miembros que toman medicamentos por distintos problemas de salud y tienen costos elevados de medicamentos, o que están en un DMP para ayudar a miembros a usar opioides de manera segura, puedan obtener servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud realizarán una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sobre sus costos y sobre cualquier problema o duda que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito con una lista recomendada que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos, que incluirá todos los medicamentos que toma actualmente, las dosis que toma, cuándo los toma y la razón por la cual los toma. Además, los miembros del programa MTM

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

recibirán información sobre cómo deben desechar de manera segura los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea que hable con su médico sobre su lista recomendada y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la visita o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención de la salud. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y llévela siempre con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que deba ir al hospital o a una sala de emergencias.

Si alguno de nuestros programas se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si usted decide no participar, notifiquenos su decisión y lo retiraremos del programa. Si tiene preguntas sobre este programa, comuníquese con Atención al Cliente.

CAPÍTULO 6:

*Lo que usted paga por
sus medicamentos recetados
de la Parte D*



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo “Ayuda Complementaria” para pagar los costos de sus medicamentos recetados de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos para recibir la “Ayuda Complementaria” de Medicare (y, de hecho, la están recibiendo) para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados. Si usted participa en el programa de “Ayuda Complementaria”, **es posible que cierta información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D incluida en esta Evidencia de Cobertura no se aplique a usted.** Le hemos enviado un encarte separado que se denomina “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Complementaria para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también conocida como “Cláusula Adicional sobre Subsidios para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional de LIS”), que le brinda información acerca de su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Atención al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional de LIS”.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Consulte este capítulo junto con otros materiales que le brindan información sobre su cobertura de medicamentos
--------------------	--

Este capítulo se centra en lo que usted debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo utilizamos la palabra “medicamento” para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos se consideran medicamentos de la Parte D: algunos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, o bien a través de Medi-Cal (Medicaid).

Para entender la información sobre pagos, es necesario que conozca qué medicamentos están cubiertos, dónde puede hacer surtir sus recetas y qué normas debe seguir al obtener sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas.

Sección 1.2	Tipos de costos de bolsillo que usted podría pagar por sus medicamentos cubiertos
--------------------	--

Hay diferentes tipos de costos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que usted paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y podemos solicitarle el pago de tres formas diferentes.

- El “**deducible**” representa la cantidad que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar la porción que le corresponde.
- El “**copago**” es la cantidad fija que usted paga cada vez que hace surtir una receta.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que hace surtir una receta.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo
--------------------	---

Medicare tiene normas para establecer lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Sus costos de bolsillo incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y se hayan respetado las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La Etapa de Deducible
 - La Etapa de Cobertura Inicial
 - La Etapa de Brecha de Cobertura
- Todos los pagos que usted haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si **usted** realiza estos pagos, se incluyen en sus costos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si **otras personas u organizaciones determinadas los realizan en su nombre**. Esto incluye los pagos de sus medicamentos que hayan realizado un amigo o pariente, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA o el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el programa de “Ayuda Complementaria” de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos que realiza el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, la cantidad que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluida.

Paso a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted o quienes realicen pagos en su nombre hayan gastado un total de \$7,400 en costos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

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

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no estén incluidos en la Parte D; entre ellos, medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que usted realice por medicamentos recetados que normalmente no estén cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que el plan realice por sus medicamentos genéricos o de marca mientras esté en la Brecha de Cobertura.
- Pagos que los planes de salud grupales, incluidos los planes de salud ofrecidos por empleadores, realicen por sus medicamentos.
- Pagos que determinados planes de seguros y programas de salud patrocinados por el Gobierno (como TRICARE y el Departamento de Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs]) realicen por sus medicamentos.
- Pagos que un tercero con obligación legal de pagar los costos de medicamentos recetados realice por sus medicamentos (por ejemplo, en caso de una indemnización por accidentes laborales).

Para recordar: Si cualquier otra organización como las mencionadas más arriba paga una parte o la totalidad de los costos de bolsillo por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan llamando a Atención al Cliente.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus costos de bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos.** En el informe de la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la Parte D que usted recibe, se incluye la cantidad actual de sus costos de bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los \$7,400, en este informe se le indicará que ha pasado de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, encontrará información acerca de lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que está cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Blue Shield TotalDual Plan?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare de Blue Shield TotalDual Plan. La cantidad que usted pague dependerá de la etapa en la que esté al momento de hacer surtir una receta o de solicitar una repetición. En las Secciones 4 a 7 de este capítulo encontrará detalles de cada etapa. Las etapas son:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa de Brecha de Cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura para Catástrofes

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: No pagará más de \$35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en el que esté, incluso si usted no pagó su deducible.

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que le explican los pagos por sus medicamentos y le indican en qué etapa de pago está

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual denominado “<i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i>” (también llamada “<i>EOB de la Parte D</i>”)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que ha realizado al hacer surtir sus recetas o al solicitar una repetición en la farmacia. De esta manera, podemos determinar el momento en que usted pasa de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. Llevamos un registro de dos tipos de costos en particular:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto es lo que se denomina su costo de “**bolsillo**”.
- Llevamos un registro de sus “**costos totales por medicamentos**”. Esta es la cantidad que usted paga como gastos de bolsillo o que otros pagan en su nombre, más la cantidad que paga el plan.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Si usted ha hecho surtir una o más recetas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (“EOB de la Parte D”). La EOB de la Parte D incluye:

- **La información de ese mes.** Este informe le brinda los detalles de pago sobre las recetas que haya hecho surtir durante el mes anterior. Le muestra los costos totales por medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Los totales desde el 1 de enero hasta lo que va del año.** Esto se denomina “información anual hasta la fecha”. Le muestra los costos totales por medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información muestra el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio a partir del primer surtido para cada reclamación de medicamentos recetados de la misma cantidad.
- **Disponibilidad de medicamentos recetados alternativos de menor costo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con un costo compartido menor para cada reclamación relacionada con medicamentos recetados.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos por medicamentos
--------------------	---

Para llevar el registro de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por sus medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener la información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que haga surtir una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que estemos al tanto de las recetas que hace surtir y de lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, es posible que deba pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus costos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus costos de bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. A continuación, incluimos ejemplos de situaciones en las que debe brindarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cada vez que compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando haya realizado un copago por medicamentos que se suministran mediante un programa de asistencia al paciente patrocinado por un fabricante de medicamentos.
 - Todas las veces que compre medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra porción del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo pedirlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Envíenos la información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por determinadas personas u organizaciones también cuentan para sus costos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), por el Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service) y por la mayoría de las organizaciones de beneficencia cuentan para sus costos de bolsillo. Conserve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos llevar un registro de sus costos.
- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información sea correcta y esté completa. Si considera que falta algo o tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al Cliente. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 Durante la Etapa de Deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Complementaria” para pagar los costos de sus medicamentos recetados, por lo que la Etapa de Deducible no se aplica en muchos casos. Si recibe “Ayuda Complementaria”, su cantidad de deducible dependerá del nivel de “Ayuda Complementaria” que usted reciba. Usted:

- no pagará ningún deducible;
- o pagará un deducible de \$104.

Si no recibe “Ayuda Complementaria”, la Etapa de Deducible es la primera etapa de pago por su cobertura de medicamentos. Usted deberá pagar un deducible anual de \$505 por los medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5** hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan. En el caso de todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. Por lo general, el “costo total” es menor que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos menores para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red.

Cuando haya pagado \$505 por sus medicamentos del Nivel 2 al Nivel 5, pasará de la Etapa de Deducible a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción de sus costos por medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde haga surtir su receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (la cantidad del copago o coseguro que le corresponde a usted). Su porción del costo variará según el medicamento y el lugar donde haga surtir su receta.

El plan tiene cinco niveles de costo compartido

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1 de costo compartido: medicamentos genéricos preferidos (el 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 de nivel especializado (el nivel más alto de costo compartido)
Incluye medicamentos de marca y genéricos de costo muy alto que pueden exigir una administración especial y/o estrecha vigilancia.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacias

La cantidad que usted paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento en:

- Una farmacia al por menor de la red
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubriremos las recetas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en determinadas situaciones. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber cuándo cubriremos una receta que se haya surtido en una

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

farmacia fuera de la red.

- La farmacia de servicio por correo del plan.

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

Sección 5.2	Cuadro que indica sus costos por un suministro para un mes de un medicamento
--------------------	---

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, su porción del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

Como se indica en el cuadro a continuación, la cantidad del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido. A veces, el costo del medicamento es más bajo que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo por el medicamento en vez del copago.

Su porción del costo cuando obtiene un suministro para *un mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertos casos; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido del servicio por correo (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (suministro para hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertos casos; consulte los detalles en el Capítulo 5). (suministro para hasta 30 días)
Nivel				
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializado)	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Sección 5.3	Si su médico le receta un medicamento para menos de un mes, es posible que no sea necesario que pague el costo del suministro para todo el mes
--------------------	---

Por lo general, la cantidad que usted paga por un medicamento recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, algunas veces, usted o su médico deseen obtener un medicamento para un plazo menor de un mes completo (por ejemplo, cuando sea la primera vez que prueba un determinado medicamento). También puede solicitar a su médico que recete, y a su farmacéutico que surta, un suministro de medicamentos para menos de un mes, si esto lo ayudará a planificar mejor las fechas de repetición de las diferentes recetas.

Si recibe un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes, no tendrá que pagar el costo del suministro para el mes completo.

- Si debe pagar un coseguro, pagará un *porcentaje* del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor porque el costo total del medicamento será menor.
- Si debe pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días para la cual reciba el medicamento, y no por el mes completo. La cantidad que deba pagar se calculará por día de medicamento (la “proporción de costo compartido por día”) y se multiplicará por la cantidad de días para la cual reciba el medicamento.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 5.4 Cuadro que indica sus costos por un suministro a largo plazo (para hasta 90 o 100 días) de un medicamento**

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 o 100 días.

El cuadro a continuación indica lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

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

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red) (suministro para hasta 100 días)	Costo compartido del servicio por correo (suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido Medicamentos genéricos preferidos (suministro para hasta 100 días)	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido Medicamentos genéricos (suministro para hasta 90 días)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos de marca preferidos (suministro para hasta 90 días)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 4 de costo compartido Medicamentos no preferidos (suministro para hasta 90 días)	25 % de coseguro	25 % de coseguro
Nivel 5 de costo compartido Medicamentos de nivel especializado (suministro para hasta 90 días)	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No está disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.

Sección 5.5 Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus costos totales por medicamentos para el año alcancen \$4,660

Usted sigue en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total correspondiente a los medicamentos recetados que haya hecho surtir alcance el límite de **\$4,660 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

La EOB de la Parte D que usted recibe le permitirá llevar un registro de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Le informaremos si usted alcanza esta cantidad. Si alcanza dicha cantidad, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Brecha de Cobertura. Consulte la Sección 1.3 para conocer cómo calcula Medicare sus costos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos durante la Etapa de Brecha de Cobertura

En el caso del Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos): Usted paga el copago que se indica en los cuadros incluidos más arriba, en las Secciones 5.2 y 5.4. En el caso del Nivel 1 de costo compartido (medicamentos genéricos preferidos), la cantidad que el plan paga no cuenta para sus costos de bolsillo. Solo cuenta la cantidad que usted paga; dicha cantidad le permite acercarse más al final de la brecha de cobertura.

En el caso del Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos), del Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos), del Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos) y del Nivel 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializado): Cuando usted está en la Etapa de Brecha de Cobertura, el Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare brinda descuentos otorgados por los fabricantes en medicamentos de marca. Para los medicamentos de marca, usted paga el 25 % del precio negociado y una porción de la tarifa por prescripción. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad descontada por el fabricante cuentan para sus costos de bolsillo como si usted los hubiera pagado y le permiten acercarse más al final de la brecha de cobertura.

Usted también recibe cierta cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25 % del costo por medicamentos genéricos, y el plan paga el resto. Solo cuenta la cantidad que usted paga; dicha cantidad le permite acercarse más al final de la brecha de cobertura.

Usted sigue pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen la cantidad máxima que Medicare ha definido. Una vez que alcance el monto de \$7,400, pasará de la Etapa de Brecha de Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Medicare tiene normas para establecer lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus costos de bolsillo (Sección 1.3 del Capítulo 4).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga la mayor porción del costo de sus medicamentos

Usted ingresará a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus costos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$7,400 para el año calendario. Cuando llegue a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, seguirá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Si recibe “Ayuda Complementaria” para pagar sus medicamentos recetados, el costo de sus medicamentos cubiertos dependerá del nivel de “Ayuda Complementaria” que usted reciba. Durante esta etapa, su porción del costo de un medicamento cubierto será de:

- \$0; o
- un coseguro o un copago, la cantidad que sea *mayor*:
 - *O bien* un coseguro del 5 % del costo del medicamento.
 - *O bien* \$4.15 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un medicamento genérico, y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

Consulte el encarte separado (la “Cláusula Adicional de LIS”) para obtener información sobre sus costos durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

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

Mensaje importante sobre lo que paga por vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin ningún costo para usted, incluso si no pagó su deducible. Llame a Atención al Cliente para obtener más información.

Hay dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna propiamente dicha**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de **aplicarle la vacuna**. (Esto se denomina “aplicación” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres aspectos:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué lo van a vacunar).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte el Capítulo 4: *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*).
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están incluidas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

2. Dónde obtiene la vacuna.

- La vacuna puede ser despachada por una farmacia o suministrada por un consultorio médico.

3. Quién le aplica la vacuna.

- Puede recibir la vacuna a través de un farmacéutico en la farmacia o a través de otro proveedor en un consultorio médico.

Lo que usted paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la etapa de medicamentos en la que se encuentre.

- En algunos casos, cuando reciba una vacuna, deberá pagar el costo total tanto de la vacuna propiamente dicha como de su aplicación por parte del proveedor. Puede solicitarle a nuestro plan que le reembolse la porción del costo correspondiente al plan.
- En otros casos, cuando reciba una vacuna, pagará solamente su porción del costo según su beneficio de la Parte D.

A continuación se incluyen tres ejemplos que muestran maneras en que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le aplican la vacuna en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Le pagará a la farmacia el coseguro o copago por la vacuna, que incluye el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, usted deberá pagar el costo total de la vacuna y su aplicación por parte del proveedor.
- Después, puede solicitar que nuestro plan pague la porción del costo correspondiente al plan según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su coseguro o copago normal por la vacuna (incluida su aplicación), menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y la cantidad que pagamos nosotros normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Complementaria”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y la lleva al consultorio de su médico, donde se la aplican.

- Tendrá que pagarle a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna propiamente dicha.

Capítulo 6 Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar la totalidad del costo de este servicio. Después, puede solicitar que nuestro plan pague la porción del costo correspondiente al plan según los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará la cantidad que cobró el médico por aplicarle la vacuna, menos cualquier diferencia entre la cantidad que cobre el médico y la cantidad que pagamos nosotros normalmente. (Si usted recibe “Ayuda Complementaria”, le reembolsaremos esta diferencia).

Nota: En la *Situación 1*, se le debe aplicar la vacuna en la misma farmacia en la que compró la vacuna. Su copago o coseguro por la vacuna incluye el costo de aplicársela.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra porción de una factura que
usted ha recibido por servicios
médicos o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Casos en los cuales usted debería solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Los proveedores de nuestra red le facturan sus servicios y medicamentos cubiertos directamente al plan; usted no debe recibir ninguna factura por servicios o medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, deberá enviárnosla para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y determinaremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si determinamos que deberían estar cubiertos, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó un servicio o producto de Medicare cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a menudo, nos referimos a la devolución de dinero como “reembolso”). Usted tiene derecho a obtener dicha devolución por parte de nuestro plan siempre que haya pagado una cantidad superior a su porción del costo por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con fechas límite para obtener la devolución. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y determinaremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si determinamos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

También es posible que usted reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió, o quizá por una cantidad superior a su porción de costo compartido, tal como se explica en el documento. Intente primero resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Nosotros evaluaremos la factura y decidiremos si deberíamos cubrir esos servicios. Si determinamos que deberían estar cubiertos, nosotros le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagar la factura, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar una cantidad superior a la del costo compartido autorizado por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de casos en los cuales es posible que usted tenga que solicitarle a nuestro plan que le reembolse cierta cantidad o que pague una factura que usted haya recibido.

1. Cuando usted haya recibido atención médica de emergencia o urgentemente necesaria a través de un proveedor fuera de la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia o urgentemente necesarios de cualquier proveedor, ya sea que forme parte o no de nuestra red. En estos casos, solicítele al proveedor que le facture al plan.

- Si usted paga la cantidad total al momento de recibir la atención, solicítenos que le reembolsemos nuestra porción del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la cual se le solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esa factura, junto con la documentación de todos los pagos que ya haya realizado.
 - Si se le adeuda algo al proveedor, nosotros le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si usted ya ha pagado una cantidad superior a su porción del costo por el servicio, nosotros determinaremos cuánto debía pagar y le reembolsaremos nuestra porción del costo.

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 facturarle directamente al plan. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague una cantidad superior a la porción que le corresponde a usted del costo.

- Usted solo debe pagar su cantidad del costo compartido cuando reciba servicios cubiertos. No les permitimos a los proveedores que agreguen otros cargos, denominados “facturación del saldo”. Esta protección (que consiste en que usted nunca paga nada más que su cantidad del costo compartido) se aplica incluso si nosotros le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay un conflicto y nosotros no pagamos ciertos cargos al proveedor. No les permitimos a los proveedores que le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos a nuestros proveedores directamente, y lo protegemos de cualquier cargo. Esto será así incluso si le pagamos al proveedor una cantidad inferior a la que este cobra por un determinado servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que usted considera que es superior a lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si usted ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación que indica el pago que realizó. Debe solicitarnos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que usted pagó y la cantidad que debía pagar según el plan.

3. Si se inscribe en nuestro plan de manera retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. Incluso es posible que la fecha de inscripción haya sido el año anterior).

Si usted fue inscrito de manera retroactiva en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por cualquiera de sus medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de su inscripción, puede solicitarnos el reembolso de nuestra porción de los costos. Deberá presentar la documentación correspondiente, como recibos y facturas, para que podamos encargarnos del reembolso.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para hacer surtir una receta

Si usted acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Si eso pasa, tendrá que pagar el costo total de su medicamento recetado.

Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra porción del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener una explicación de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de membresía del plan

Si no tiene con usted su tarjeta de membresía del plan, puede solicitarle a la farmacia que llame al plan o que consulte la información sobre su inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener esa información que necesita inmediatamente, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento. Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra porción del costo.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otros casos

Es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento recetado porque dicho medicamento no está cubierto por algún motivo.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan o que esté sujeto a un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no correspondería en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, es posible que tenga que pagar el costo total.
- Conserve su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos la cantidad correspondiente. En algunas situaciones, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para poder reembolsarle nuestra porción del costo del medicamento.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y determinaremos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. Esto es tomar una “decisión de cobertura”. Si determinamos que debería estar cubierto, pagaremos nuestra porción del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido

Usted puede solicitarnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, agregue su factura y documentación relacionada con cualquier pago que haya hecho. Le recomendamos que conserve una copia de su factura y sus recibos para sus

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

registros. **Para presentarnos su reclamación, tiene 1 año** a partir de la fecha en la que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.

Para asegurarse de brindarnos toda la información que necesitamos a fin de tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para realizar su solicitud de pago.

- Si bien no es necesario que use el formulario, su uso nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web ([blueshieldca.com](https://www.blueshieldca.com)) o llamar a Atención al Cliente y solicitar el formulario.

Envíenos por correo postal su solicitud de pago junto con todas las facturas o los recibos pagados a la siguiente dirección:

Reclamaciones médicas:

Blue Shield TotalDual Plan
Medicare Customer Care
P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

Reclamaciones por medicamentos recetados:

Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa

Sección 3.1	Analizamos la información para determinar si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto dinero debemos
--------------------	---

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde alguna otra información. De lo contrario, analizaremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted respetó todas las normas, pagaremos nuestra porción del costo del servicio. Si usted ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo postal el reembolso de nuestra porción del costo. Si usted todavía no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago por correo postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* respetó todas las normas, no pagaremos nuestra porción del costo de la atención o del medicamento. Le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las cuales no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación
--------------------	---

Si considera que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que le pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, quiere decir que nos solicita que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de presentación de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si desea obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos brindar información de una manera que a usted le sea útil y se ajuste a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en letra grande, en formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

Su plan debe asegurarse de que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y de que todas las personas inscritas puedan obtener acceso a estos servicios, incluidas aquellas que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o problemas de audición, o aquellas de distinto origen cultural y étnico. Entre los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad se incluyen, entre otros, los servicios de traducción e interpretación y la conexión por teletipo, o teléfono de teletipo o de texto (TTY, por sus siglas en inglés).

Nuestro plan cuenta con servicios gratis de interpretación para responder las preguntas de los miembros que no hablen inglés. Además, podemos brindarle la información en braille, en letra grande o en algún otro formato alternativo sin costo, si es necesario. Tenemos la obligación de brindarle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea apropiado y accesible para usted. Para que le brindemos información de una manera que a usted le sea útil, comuníquese con Atención al Cliente.

Nuestro plan debe ofrecerles a las mujeres inscritas la opción de obtener acceso directo a un especialista en salud femenina dentro de la red para que reciban servicios de atención de la salud de rutina y preventivos.

Si en la red del plan no hay proveedores disponibles para una determinada especialidad, el plan tendrá la responsabilidad de encontrar proveedores especializados fuera de la red para que brinden la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, llame al plan y pida información sobre dónde debe dirigirse para obtener este servicio al nivel de costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información acerca de nuestro plan en un formato que sea apropiado y accesible para usted, comuníquese con nosotros para presentar un reclamo:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Teléfono: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Correo electrónico: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

Section 1.1	We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)
--------------------	--

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you 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.

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

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
Phone: (844) 831-4133 (TTY: 711)
Fax: (844) 696-6070
Email: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

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 at 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga un acceso rápido a sus servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan para que brinde y coordine sus servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a acudir a un especialista en salud femenina (un ginecólogo, por ejemplo) sin necesidad de obtener una derivación.

Tiene derecho a concertar citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite de su atención. Usted también tiene derecho a que le surtan sus recetas o las repeticiones en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras excesivas.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 le explica qué puede hacer para resolverlo.

Sección 1.3 Debemos garantizar la privacidad de la información protegida sobre su salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y de la información protegida sobre su salud. Nosotros garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud como lo exigen dichas leyes.

- La “información protegida sobre su salud” incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, como también sus historias clínicas y otra información médica y sobre su salud.
- Usted tiene derechos relacionados con cómo obtener información y controlar la forma en que se utiliza la información sobre su salud. Le entregamos un aviso escrito denominado “Aviso de Prácticas de Privacidad”, que le brinda información sobre estos derechos y le explica de qué manera protegemos la privacidad de la información sobre su salud.

¿De qué manera protegemos la privacidad de la información sobre su salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea ni altere sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se mencionan a continuación, si planeamos compartir la información sobre su salud con alguna persona que no esté a cargo de brindarle atención ni de pagar por ella, *tenemos la obligación de solicitarle antes su permiso por escrito, o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para que tome decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones en las que no es necesario que obtengamos antes su permiso por escrito. Dichas excepciones están permitidas o exigidas por ley.
 - Tenemos la obligación de compartir información sobre la salud con los organismos gubernamentales que realicen inspecciones sobre la calidad de la atención.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, tenemos la obligación de compartir con Medicare la información sobre su salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información por cuestiones de investigación o por otros motivos, tal divulgación se hará de acuerdo con las leyes y los reglamentos federales; normalmente, esto requiere que no se comparta la información que permite identificarlo personalmente.

Usted puede revisar la información de su historia clínica e informarse acerca de la manera en que se ha compartido con terceros

Tiene derecho a revisar la historia clínica que el plan conserva sobre usted y a obtener una copia de dicha historia clínica. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias de esta información. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información a su historia clínica o que hagamos correcciones. Si nos lo solicita, trabajaremos junto con su proveedor de atención de la salud para decidir si los cambios son apropiados.

Tiene derecho a informarse acerca de la manera en que se ha compartido la información sobre su salud con terceros por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud relacionada con la privacidad de la información protegida sobre su salud, llame a Atención al Cliente.

1. Visitar blueshieldca.com, hacer clic en el enlace “Privacy” (Privacidad), en la parte inferior de la página de inicio, e imprimir una copia.
2. Llamar al número de teléfono de Atención al Cliente que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield para solicitar una copia.
3. Llamar gratis a la Oficina de Privacidad de Blue Shield of California al número (888) 266-8080, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 3:00 p. m. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 711.
4. Escribirnos por correo electrónico a privacy@blueshieldca.com.

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Blue Shield TotalDual Plan, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros.

Si desea obtener alguno de los tipos de información que se describen a continuación, llame a Atención al Cliente:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Información acerca de los proveedores y las farmacias de la red.** Tiene derecho a recibir información sobre las cualificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe respetar al usar su cobertura.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué un servicio o medicamento no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo puede solicitar una explicación por escrito para averiguar por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. Además, el Capítulo 9 brinda información sobre cómo puede solicitarnos que cambiemos una decisión, lo que también se conoce como apelación.

Sección 1.5	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	--

Tiene derecho a saber cuáles son sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre la atención de su salud

Tiene derecho a que sus médicos y demás proveedores de atención de la salud le brinden toda la información. Sus proveedores deben explicarle toda la información relacionada con su problema de salud y sus opciones de tratamiento *de manera clara para que pueda entenderla*.

También tiene derecho a participar activamente en las decisiones relacionadas con la atención de su salud. Para ayudarlo a tomar decisiones junto con sus médicos acerca de qué tratamiento le conviene, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Derecho a informarse acerca de todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su problema de salud, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan. También incluye el derecho a recibir información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar y usar sus medicamentos de manera segura.
- **Derecho a informarse acerca de los riesgos involucrados.** Tiene derecho a que se le informe cualquier riesgo que pueda haber en su atención. Se le debe informar por adelantado si algún tipo de atención o tratamiento médico propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar los tratamientos experimentales.
- **Derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, aunque su médico le aconseje no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Naturalmente, al negarse a recibir tratamiento o al dejar de tomar sus medicamentos, asume plena responsabilidad por lo que pueda pasarle a su cuerpo como resultado.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué debe hacerse si usted no está en condiciones de tomar decisiones médicas por sus propios medios

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones por sí mismas sobre su propia atención de la salud debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar qué desea que pase si está en dicha situación. Es decir que, *si así lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito a fin de **otorgarle a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** en caso de que, en algún momento, usted no pueda hacerlo por sus propios medios.
- **Otorgar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea que ellos administren su atención médica en caso de que usted ya no pueda tomar decisiones por sus propios medios.

Los documentos legales que puede emplear para asentar anticipadamente sus instrucciones en dichas situaciones se denominan “**directivas anticipadas**”. Hay distintos tipos de directivas anticipadas, que reciben diferentes nombres. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para atención de la salud**” son ejemplos de directivas anticipadas.

A continuación, le explicamos qué debe hacer si desea usar un formulario de “directivas anticipadas” para dar sus instrucciones:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas a través de su abogado o un trabajador social, u obtenerlo en alguna tienda de artículos de oficina. A veces, los formularios de directivas anticipadas pueden obtenerse en las organizaciones que brindan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Atención al Cliente para solicitar los formularios.
- **Complételo y fírmelo.** Independientemente de dónde consiga este formulario, tenga presente que es un documento legal. Le recomendamos prepararlo con la ayuda de un abogado.
- **Entréguele copias a las personas adecuadas.** Le recomendamos entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que designe en el formulario para tomar las decisiones por usted cuando ya no pueda hacerlo. Puede darles copias a sus amigos o familiares cercanos. Conserve una copia en su hogar.

Si sabe con anticipación que va a ser hospitalizado y ha firmado un formulario de directivas anticipadas, **lleve una copia con usted cuando vaya al hospital.**

- En el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y si lo trae con usted.
- Si no ha firmado un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Recuerde que usted es quien decide completar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmarlo cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

¿Qué pasa si no se respetan sus instrucciones?

Si ha firmado un formulario de directivas anticipadas y considera que un médico o un hospital no respetaron las instrucciones que allí se estipulan, puede presentar una queja ante Livanta. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener la información de contacto.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos una decisión que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le explica qué puede hacer para resolverlo. Más allá de lo que haga, ya sea que solicite una decisión de cobertura, que presente una apelación o que presente una queja, **tenemos la obligación de brindarle un trato imparcial.**

Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

Si es un problema de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos llamando al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697), o bien puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

¿Es otro tipo de problema?

Si considera que lo han tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos y *no* es un problema de discriminación, puede obtener ayuda para tratar de solucionar su problema.

- Puede comunicarse con **Atención al Cliente**.
- Puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Consulte los detalles en la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana (TTY 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 **comunicarse con Atención al Cliente**.
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Consulte los detalles en la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Derechos y Protecciones de Medicare” (Medicare Rights & Protections). (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se indica lo que tiene que hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al Cliente.

- **Conozca en detalle sus servicios cubiertos y las normas que debe respetar para obtener estos servicios cubiertos.** Utilice esta Evidencia de Cobertura para informarse sobre lo que está cubierto y las normas que debe respetar para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los Capítulos 3 y 4 brindan detalles acerca de sus servicios médicos.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan detalles acerca de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si cuenta con cualquier otra cobertura de seguro de salud o de medicamentos recetados además de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos.** El Capítulo 1 le explica cómo se coordinan estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención de la salud que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan y su tarjeta de Medi-Cal (Medicaid) cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Contribuya a que sus médicos y otros proveedores lo ayuden brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo con su atención.**
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de atención de la salud le brinden la mejor atención, cuénteles sobre sus problemas de salud. Respete los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y su médico hayan acordado seguir.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Asegúrese de que sus médicos tengan conocimiento de todos los medicamentos que usted esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
- Si tiene alguna duda, asegúrese de preguntar y recibir una explicación que usted pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que su comportamiento contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Usted debe pagar sus primas del plan.
 - Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su porción del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
 - Si se le exige que pague la cantidad adicional por la Parte D por tener mayores ingresos (según se detalla en su última declaración de impuestos), usted debe continuar pagando la cantidad adicional directamente al Gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Incluso si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, tenemos que saberlo** para que podamos mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que le avise al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

*Qué debe hacer si tiene un problema
o una queja (decisiones de
cobertura, apelaciones, quejas)*

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para abordar su problema depende de dos cosas:

1. Si su problema está relacionado con beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medi-Cal (Medicaid)**. Si necesita ayuda para determinar si debe usar el proceso de Medicare o el de Medi-Cal (Medicaid), o ambos, comuníquese con Atención al Cliente.
2. Eso depende del tipo de problema que tenga.
 - Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones**.
 - Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**, también llamadas “reclamos”.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y fechas límite que tanto usted como nosotros debemos respetar.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y le indicará lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

En este capítulo, se explican términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite mencionados. La mayoría de las personas no conocen muchos de estos términos, que pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se prefiere usar “presentación de una queja” en lugar de “presentación de un reclamo”; “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de en riesgo”; y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Organismo de Revisión Independiente”.
- También se intenta evitar el uso de abreviaturas en la mayor medida posible.

Sin embargo, a usted puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar lo ayudará a comunicarse con más precisión para obtener la ayuda o la información adecuadas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos debe utilizar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que recibió de nuestra parte, estamos obligados a respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, usted siempre debe contactarse con Servicio al Cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunos casos, es posible que también desee recibir ayuda u orientación de alguien que no esté unido a nosotros. A continuación se mencionan dos organismos que pueden brindarle ayuda.

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores entrenados. El programa no está unido a nosotros, a ninguna compañía de seguros ni a ningún plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a entender qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar un problema. También pueden responder sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son gratis. En la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento, encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

Puede obtener ayuda e información a través de Medi-Cal (Medicaid)

Agencias de Medicaid por condado (California)		
Su condado	Nombre de la agencia	Tel.
Condado de Fresno	Departamento de Servicios Sociales	1-855-832-8082
Condado de Merced	Agencia de Servicios Humanos	1-209-385-3000
Condado de San Joaquín	Agencia de Servicios Humanos	1-209-468-1000
Condado de Stanislaus	Agencia de Servicios Comunitarios	1-800-834-8171
SITIO WEB:	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx	

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema?

Debido a que tiene Medicare y recibe ayuda de Medi-Cal (Medicaid), puede utilizar diferentes procesos para abordar un problema o una queja. El proceso que utilizará dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, entonces deberá utilizar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medi-Cal (Medicaid), entonces deberá utilizar el proceso de Medi-Cal (Medicaid). Si necesita ayuda para determinar si debe usar el proceso de Medicare o el de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Atención al Cliente.

El proceso de Medicare y el proceso de Medi-Cal (Medicaid) se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, utilice el cuadro a continuación.

¿Su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medi-Cal (Medicaid)?

Si necesita ayuda para determinar si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Atención al Cliente.

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este capítulo, **la Sección 4, “Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare”**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medi-Cal (Medicaid)**.

Pase directamente a la **Sección 12** de este capítulo, **“Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)”**.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1	¿Debe utilizar el proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones? ¿O debe utilizar el proceso de presentación de quejas?
--------------------	--

Si tiene un problema o una inquietud, solamente debe leer las partes de este capítulo que se relacionen con su situación. El siguiente cuadro lo ayudará a encontrar la sección indicada de este capítulo para obtener información sobre los problemas o las quejas relacionados con los **beneficios cubiertos por Medicare**.

Para descubrir qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, use este cuadro:

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o con su cobertura?

Esto incluye problemas acerca de si la atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la manera en que están cubiertos y problemas relacionados con el pago de la atención médica o de los medicamentos recetados.

Sí.

Consulte la siguiente sección de este capítulo: **Sección 5: “Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Pase directamente a la **Sección 11** de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

**SECCIÓN 5 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y
las apelaciones**

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general
--

Mediante las decisiones de cobertura y las apelaciones, se intenta solucionar problemas relacionados con sus beneficios y con su cobertura, incluidos los pagos. Este es el proceso que debe utilizar para cuestiones tales como determinar si algo está cubierto o no y qué tipo de cobertura tiene.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Tomamos decisiones de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cubierto y cuánto pagamos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted cada vez que usted recibe atención médica de su parte o si lo deriva a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se rehúsa a brindar la atención médica que usted considera necesaria. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, se rechazará una solicitud si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o bien si usted mismo pide que la cancelen. Si rechazamos la solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y de qué manera se puede pedir que lo revisen.

Es posible que, en algunos casos, decidamos que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está conforme, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, que trataremos más adelante, usted puede solicitar una “apelación rápida o urgente” de una decisión de cobertura. Su apelación está a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando usted presenta una apelación de una decisión por primera vez, se denomina “apelación de Nivel 1”. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

verificar si hemos cumplido con las normas de manera adecuada. Al terminar la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará la solicitud de una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Por ejemplo, se rechazará una solicitud si está incompleta, si alguien la presenta en su nombre sin estar legalmente autorizado para hacerlo, o bien si usted mismo pide que la cancelen. Si rechazamos la solicitud de una apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicarán los motivos del rechazo y de qué manera se puede pedir que lo revisen.

Si rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es procesada por una Organización de Revisión Independiente que no está unida a nosotros.

- Usted no debe hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare nos exigen que enviemos automáticamente su apelación al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 6.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2.

Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda seguir el proceso a través de niveles de apelación adicionales (la Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación en los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o cuando presenta una apelación
--------------------	---

A continuación, se indican algunos recursos en caso de que decida solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede comunicarse con Atención al Cliente.**
- Usted **puede obtener ayuda sin costo** de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.
- **Su médico puede realizar una solicitud en su nombre.** Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Atención al Cliente y solicite el formulario “Designación de un representante” (Appointment of Representative). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf] o en la página *Forms* [Formularios] de la sección *Member Center* [Centro para Miembros] de nuestro sitio web blueshieldca.com).
- En el caso de la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente pasará al Nivel 2.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- En el caso de los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, su médico o el profesional que extiende recetas pueden solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su “representante” para solicitar una decisión de cobertura o para presentar una apelación.
 - Si desea que su representante sea un amigo, un pariente u otra persona, llame a Atención al Cliente y solicite el formulario “Designación de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf] o en la página *Forms* [Formularios] de la sección *Member Center* [Centro para Miembros] de nuestro sitio web blueshieldca.com). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe brindarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en el transcurso de 44 días después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será rechazada. Si esto pasa, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado o consultar por un abogado en el colegio de abogados de su localidad o en otro servicio de derivaciones. También hay grupos que le brindarán servicios legales sin costo si cumple con los requisitos exigidos. Sin embargo, **no tiene la obligación de contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda los detalles para su situación?
--------------------	--

Hay cuatro situaciones diferentes relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y fechas límite, le brindamos los detalles para cada una de ellas en secciones separadas:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente”.
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente”. (*Se aplica solamente a estos servicios:* atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios prestados por un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF, por sus siglas en inglés]).

Si no está seguro sobre qué sección debe utilizar, llame a Atención al Cliente. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud.

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 6.1	Esta sección le explica lo que debe hacer si tiene problemas para recibir cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra porción del costo de su atención
--------------------	---

Esta sección trata de sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento, *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar*. Para facilitar las cosas, en general nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica”, que incluye artículos y servicios médicos, así como los medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican normas diferentes cuando se solicita un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos las diferencias entre las normas que se aplican a los medicamentos recetados de la Parte B y las normas que se aplican a los artículos y servicios médicos.

Esta sección le brinda información acerca de lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe una determinada atención médica que desea y usted considera que dicha atención está cubierta por nuestro plan. **Debe solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted considera que dicha atención está cubierta por el plan. **Debe solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Usted ha recibido atención médica que considera que deberían estar cubiertos por el plan, pero hemos dicho que no pagaremos esta atención. **Debe presentar una apelación. Sección 6.3.**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

4. Usted ha recibido y pagado atención médica que considera que deberían estar cubiertos por el plan y desea solicitarle a nuestro plan un reembolso por esta atención. **Debe enviarnos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que se reducirá o se suspenderá la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que hemos aprobado previamente, y usted considera que la reducción o suspensión de esta atención podría provocar daños a su salud. **Debe presentar una apelación. Sección 6.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá corresponde a atención hospitalaria, atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o a servicios prestados por un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), deberá leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura está relacionada con su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“determinación urgente”**.

Paso 1: Debe decidir si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Una “decisión de cobertura estándar” normalmente se toma en un plazo de 14 días o 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una “decisión de cobertura rápida” generalmente se toma en un plazo de 72 horas, en el caso de los servicios médicos, o 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura de atención médica que *todavía no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solamente* si el uso de las fechas límite estándar podría *provocar graves daños a su salud o alterar el funcionamiento de su organismo*.
- **Si su médico nos indica que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente aceptaremos darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por cuenta propia, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Informe que usaremos las fechas límite estándar.
 - Informe que, si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Informe que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Como primera medida, comuníquese con nuestro plan por teléfono, por escrito o por fax a fin de presentar su solicitud para que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden presentar la solicitud. El Capítulo 2 incluye información de contacto.

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

En el caso de las decisiones de cobertura estándar, usamos las fechas límite estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información adicional que podría resultarle beneficiosa, **podemos tardar hasta 14 días más** cuando usted solicita un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Le daremos una respuesta a su queja apenas tomemos una decisión. (El proceso de presentación de quejas es diferente del proceso de solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones. Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

En el caso de las decisiones de cobertura rápidas, usamos plazos urgentes.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas cuando solicite un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo**, si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información adicional que podría resultarle beneficiosa, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos apenas tomemos una decisión.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos esta decisión. Esto significa volver a pedir que se brinde la cobertura de atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 6.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina una **“reconsideración”** del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración urgente”**.

Paso 1: Debe decidir si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una **“apelación estándar”** normalmente se presenta dentro de 30 días antes del servicio, o dentro de 60 días después del servicio. Una **“apelación rápida”** generalmente se presenta dentro de 72 horas.

- Si su apelación es por una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, se la concederemos.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”, y están descritos en la Sección 6.2 de este capítulo.

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

Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud por escrito.

El Capítulo 2 incluye información de contacto.

- **Si solicita una apelación rápida, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite debido a una causa justificada, explique la razón por la que su apelación está demorada al presentarla. Podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas pueden ser que usted haya padecido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos brindado

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite que usted tenía para solicitar una apelación.

- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.

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

- Al evaluar su apelación, revisamos detenidamente toda la información. Analizamos si respetamos todas las normas en el momento en que rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, reuniremos más información. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información adicional que podría resultarle beneficiosa, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** cuando usted solicita un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si usted solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o antes de que se cumpla el plazo extendido, en el caso de que nos hayamos tomado días adicionales), tenemos la obligación de enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que la revisará una Organización de Revisión Independiente. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, recibirá nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud está relacionada con un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Sin embargo, si usted pide más tiempo o si nosotros necesitamos información adicional que podría resultarle beneficiosa, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** cuando usted solicita un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si usted considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida”. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 11 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
- Si no le damos nuestra respuesta antes de la fecha límite (o antes de que termine el plazo extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde una Organización de Revisión Independiente revisará la apelación. La Sección 6.4 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si solicitó un artículo o servicio médico, o **en el transcurso de 7 días calendario** si solicitó un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si nuestro plan rechaza parte o la totalidad de su apelación, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “**Organismo de Revisión Independiente**”. A veces, se lo denomina “IRE”, por sus siglas en inglés.

La **Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No está unida a nosotros ni es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su desempeño.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle la información.
- Tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si usted había presentado una apelación “rápida” en el Nivel 1, también le corresponderá una apelación “rápida” en el Nivel 2.

- En el caso de la “apelación rápida”, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si usted solicita un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir información adicional que podría resultarle beneficiosa, **esta puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si usted había presentado una apelación “estándar” en el Nivel 1, también le corresponderá una apelación “estándar” en el Nivel 2.

- En el caso de la “apelación estándar”, si solicita un artículo o servicio médico, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Si solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Si usted solicita un artículo o servicio médico y la Organización de Revisión Independiente necesita reunir información adicional que podría resultarle beneficiosa, **esta puede tardar hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le comunica su respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y le explicará las razones.

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de la atención médica **en un plazo de 72 horas** o brindar el servicio en un plazo de **14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de las **solicitudes estándar**, o brindar el servicio **en un plazo de 72 horas** desde la fecha en que el plan haya recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de las **solicitudes urgentes**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar el medicamento recetado de la Parte B de Medicare **en un plazo de 72 horas** después de que hayamos recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de las **solicitudes estándar**, o **en un plazo de**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

24 horas desde la fecha en que hayamos recibido la decisión de la Organización de Revisión Independiente en el caso de las **solicitudes urgentes**.

- **Si la organización de revisión rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que la organización coincide con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta:
 - en la que explicará su decisión;
 - en la que le avisará que tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que está solicitando alcanza un mínimo determinado. El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará el valor en dólares que debe alcanzar para seguir con el proceso de presentación de apelaciones;
 - en la que se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si desea iniciar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 10 de este capítulo explica los procesos de apelación en los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 6.5	¿Qué debe hacer para solicitarnos que le reembolsemos nuestra porción de una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	--

Si ya pagó un servicio o producto de Medi-Cal (Medicaid) cubierto por el plan, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a menudo, nos referimos a la devolución de dinero como “reembolso”). Usted tiene derecho a obtener dicha devolución por parte de nuestro plan siempre que haya pagado una cantidad superior a su porción del costo por servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envíe una factura que ya pagó, la analizaremos y determinaremos si los servicios o medicamentos deberían estar cubiertos. Si determinamos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

Solicitar un reembolso es solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura

Al enviarnos la documentación en la que se solicita el reembolso, nos está solicitando que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, analizaremos si la atención

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

médica que pagó es o no un servicio cubierto. También analizaremos si usted respetó todas las normas para usar su cobertura de atención médica.

- **Cuando aceptamos su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y usted respetó todas las normas aplicables, le enviaremos el pago de nuestra porción del costo en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. En el caso de que aún no haya pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Cuando rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o usted *no* respetó todas las normas, no enviaremos el pago. En cambio, le enviaremos una carta para comunicarle que no pagaremos los servicios y le explicaremos las razones de nuestra decisión.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de presentación de apelaciones que describimos en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de atención médica que ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida.
- Si la Organización de Revisión Independiente determina que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de presentación de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago que solicitó en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 7.1	Esta sección le explica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe ser utilizado según una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Si desea obtener detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las normas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata exclusivamente sobre sus medicamentos de la**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Parte D. Para simplificar las cosas, generalmente usamos la palabra “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” cada vez que se lo menciona. También usamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de Medicamentos Cubiertos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. En el caso de algunos medicamentos, deberá obtener nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse según lo que se indica por escrito, esta le enviará un aviso por escrito con información sobre cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la Parte D

Términos legales

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D se denomina “**determinación de cobertura**”.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y de su cobertura o acerca de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le brinda información acerca de lo que puede hacer si está en alguna de las siguientes situaciones:

- Pide cobertura para un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista de Medicamentos Cubiertos* del plan. **Debe pedir una excepción. Sección 7.2.**
- Pide que no se aplique una restricción sobre la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Debe pedir una excepción. Sección 7.2.**
- Pide que se pague una cantidad menor de costo compartido por un medicamento cubierto de un nivel más alto de costo compartido. **Debe pedir una excepción. Sección 7.2.**
- Pide la aprobación previa para un medicamento. **Debe solicitar una decisión de cobertura. Sección 7.4.**
- Pide que se pague un medicamento recetado que ya compró. **Debe solicitarnos un reembolso del costo. Sección 7.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hemos tomado, puede presentar una apelación.

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

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

Solicitar la eliminación de una restricción sobre la cobertura de un medicamento se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se denomina solicitar una **“excepción del nivel de medicamento”**.

Si algún medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos una solicitud de excepción, su médico u otro profesional que extienda recetas deberán explicar las razones médicas por las que debemos aprobar la excepción.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden pedirnos:

1. **Que le cubramos un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4: medicamentos no preferidos. No puede pedir que hagamos una excepción en relación con la cantidad de costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
2. **Que quitemos una restricción sobre un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que afectan a determinados medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y quitarle una restricción, puede pedir que hagamos una excepción respecto de la cantidad del copago o del coseguro que nosotros le exigimos pagar por el medicamento.
3. **Que cambiemos la cobertura de un medicamento a un nivel más bajo de costo compartido.** Cada medicamento de nuestra Lista de Medicamentos se clasifica en alguno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será la porción del costo del medicamento que le corresponderá pagar a usted.
 - Si nuestra Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su problema de salud que están en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento a una cantidad menor de costo compartido. Este sería

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su problema de salud.

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su problema de salud.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, usted puede pedirnos que cubramos su medicamento con la cantidad del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su problema de salud.
- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos de nivel especializado).
- Si aprobamos su solicitud para aplicar una excepción relacionada con el nivel de medicamento y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, usted, por lo general, pagará la cantidad más baja.

Sección 7.3	Información importante que debe conocer sobre la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que extienda recetas deben brindarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las cuales se solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, al solicitar la excepción, incluya esta información médica brindada por su médico u otro profesional que extienda recetas.

Generalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de un problema de salud particular. A estas diferentes posibilidades se las denomina “medicamentos alternativos”. Si un medicamento alternativo sería igualmente eficaz que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita que hagamos una excepción del nivel de medicamento, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles más bajos de costo compartido le surta el mismo efecto, o a menos que exista la posibilidad de que estos le causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación generalmente será válida hasta el final del año del plan. Esto será así mientras su médico siga recetándole el medicamento, y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para el tratamiento de su problema de salud.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión de nuestra decisión presentando una apelación.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Términos legales

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura urgente**”.

Paso 1: Debe decidir si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman en un plazo de **72 horas** después de haber recibido el certificado de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápidas**” se toman en un plazo de **24 horas** después de haber recibido el certificado de su médico.

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un *medicamento que aún no ha recibido*. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsen lo que pagó por un medicamento que ya compró).
- El uso de las fechas límite estándar podría *provocar graves daños a su salud o alterar el funcionamiento de su organismo*.
- **Si su médico u otro profesional que extienda recetas nos indican que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por cuenta propia, sin el respaldo de su médico o del profesional que extiende recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Informe que usaremos las fechas límite estándar.
 - Informe que, si su médico u otro profesional que extiende recetas solicitan la decisión de cobertura rápida, se la daremos automáticamente.
 - Informe que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que usted solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas posteriores a haberla recibido.

Paso 2: Debe solicitar una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Como primera medida, comuníquese con nuestro plan por teléfono, por escrito o por fax a fin de presentar su solicitud para que autoricemos o brindemos la cobertura de la atención médica que

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

usted desea. También puede obtener acceso al proceso de solicitud de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito, incluidas las solicitudes presentadas con el Formulario Modelo de Determinación de Cobertura del CMS o con el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 incluye información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que permita identificar cuál reclamación rechazada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que extienda recetas) o su representante pueden presentar la solicitud. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le explica cómo puede otorgarle un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, brinde el “certificado de respaldo”,** que son las razones médicas por las que se pide la excepción. Su médico u otro profesional que extienda recetas pueden enviarnos este certificado por fax o por correo postal. Como alternativa, su médico u otro profesional que extienda recetas pueden comunicarnos las razones por teléfono y después enviar un certificado escrito por fax o por correo postal, si es necesario.

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

Fechas límite para una “decisión de cobertura rápida”

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de haber recibido el certificado de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o el certificado de su médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó,** le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - En el caso de las excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 72 horas después de haber recibido el certificado de respaldo de su médico. Le

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.

- Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que acordamos brindar **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o el certificado de su médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

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

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a presentar una apelación para solicitarnos que reconsideremos esta decisión. Esto significa volver a pedir que se brinde la cobertura de medicamentos que usted desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “ redeterminación ” del plan.
Una “apelación rápida” también se denomina “ redeterminación urgente ”.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Debe decidir si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” normalmente se presenta en un plazo de 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se presenta dentro de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si su apelación es por una decisión que hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que extienda recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que se necesitan para obtener una “decisión de cobertura rápida”, y están descritos en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al (800) 452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.** El Capítulo 2 incluye información de contacto.
- **Debemos aceptar todas las solicitudes por escrito,** incluidas las solicitudes presentadas con el Formulario Modelo de Determinación de Cobertura del CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Para ayudarnos con el procesamiento de su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** desde la fecha del aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no logra cumplir con la fecha límite debido a una causa justificada, explique la razón por la que su apelación está demorada al presentarla. Podemos darle más tiempo para que presente su apelación. Algunos ejemplos de causas justificadas pueden ser que usted haya padecido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que nosotros le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite que usted tenía para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información de su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrar una tarifa por hacer copias y enviarle esta información.

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

- Al evaluar su apelación, volvemos a revisar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Analizamos si respetamos todas las normas en el momento en

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

que rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que extienda recetas para obtener más información.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le daremos nuestra respuesta más rápido si su salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. La Sección 6.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” relacionada con un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le informaremos nuestra decisión más rápido si aún no ha recibido el medicamento y si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le informamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará. La Sección 6.6 explica el proceso de apelaciones de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, debemos brindar la cobertura con la rapidez que su salud exija, pero a más tardar en un plazo de **7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explique por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límite para una “apelación estándar” relacionada con el pago de un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, tenemos la obligación de enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones, en el que una Organización de Revisión Independiente la revisará.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si aceptamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó, también estamos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si rechazamos parte o la totalidad de lo que usted solicitó, le enviaremos un aviso por escrito en el que se le explicarán los motivos por los que rechazamos su solicitud. También le indicaremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea seguir con el proceso y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que pasa al Nivel 2 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Términos legales

El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “**Organismo de Revisión Independiente**”. A veces, se lo denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

La **Organización de Revisión Independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. No está unida a nosotros ni es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su desempeño.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que extienda recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviamos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe respetar y cómo puede comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable en relación con una determinación de “en riesgo” según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación al IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer copias y enviarle la información.
- Tiene derecho a brindarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional que respalde su apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una “apelación rápida”

- Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización acepta concederle una “apelación rápida”, la organización deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Fechas límite para una “apelación estándar”

- En el caso de apelaciones estándar, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación si se trata de un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró, la organización de revisión deberá darle una respuesta sobre su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La Organización de Revisión Independiente le comunica su respuesta.

En el caso de “apelaciones rápidas”:

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de lo que usted solicitó**, nosotros debemos brindar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

En el caso de “apelaciones estándar”:

- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, nosotros debemos **brindar la cobertura de medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso del costo** de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si la organización de revisión rechaza parte o la totalidad de su apelación, significa que la organización coincide con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud).

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

(Esto se denomina “mantener la decisión”. También se lo denomina “rechazar su apelación”). En este caso, la Organización de Revisión Independiente le enviará una carta:

- en la que explicará su decisión;
- en la que le avisará que tiene derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión de Nivel 2 será definitiva;
- en la que se le informará el valor en dólares que debe estar en conflicto para poder seguir con el proceso de presentación de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente

Cuando lo admiten en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para que esté preparado al retirarse del hospital. Lo ayudarán a coordinar la atención que puede necesitar una vez que se retire del hospital.

- El día en que se retira del hospital se denomina “**fecha del alta**”.
- Su médico o el personal del hospital le avisarán una vez que se determine la fecha del alta.
- Si considera que le están dando el alta del hospital prematuramente, puede solicitar una hospitalización más prolongada y se evaluará su solicitud.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.1 Durante su hospitalización como paciente internado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informará sus derechos**

Dentro de los dos días posteriores a ser admitido en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un profesional de enfermería) le entrega el aviso, pídaselo a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea el aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende. Este le brinda información sobre lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de que esta haya concluido, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
- Su derecho a participar de cualquier decisión que se tome sobre su hospitalización.
- Dónde puede informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de su alta si considera que le están dando el alta del hospital prematuramente. Esta es una manera legal y formal de solicitar un retraso en su fecha de alta para que cubramos su atención hospitalaria durante un período más prolongado.

2. Se le solicitará que firme el aviso por escrito para dejar constancia de que lo recibió y de que comprendió sus derechos.

- Se solicitará que usted o alguien que actúe en su nombre firmen el aviso.
- Firmar el aviso indica *solamente* que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica cuál es su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con una fecha de alta.

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

- Si firma el aviso más de 2 días antes de su fecha de alta, se le entregará otra copia antes de que se estipule la fecha de su alta.
- Si desea obtener acceso a una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Atención al Cliente o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Además, puede leer el aviso por Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si desea solicitarnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, deberá utilizar el proceso de presentación de apelaciones para hacer dicha solicitud. Antes de empezar, debe entender qué tiene que hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Atención al Cliente. O bien llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. La revisa para determinar si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y demás profesionales de atención de la salud contratados por el Gobierno federal para controlar y contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención que reciben las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Usted se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicita una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de retirarse del hospital y **a más tardar en la medianoche del día de alta.**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si usted cumple con esta fecha límite**, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta, *sin que tenga que pagar*, mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- **Si usted *no* cumple con esta fecha límite** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta programada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención hospitalaria que reciba después de su fecha de alta programada.
- Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.4 de este capítulo.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que nos contactaron, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica la fecha de alta programada y explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que resulta adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo del Aviso detallado del alta llamando a Atención al Cliente o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. (Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O bien puede ver un ejemplo del aviso en el sitio web www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería seguir. No es necesario que prepare nada por escrito, aunque puede hacerlo si así lo prefiere.
- Los revisores también examinarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos brindado.
- Antes del mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores nos hayan notificado de su apelación, usted recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se indica su fecha de alta programada. Este aviso también explica en detalle los motivos por los cuales su médico, el hospital y nosotros consideramos que resulta adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Paso 3: En el lapso de un día completo después de haber recopilado toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta sobre su apelación.

¿Qué pasa si aceptan su apelación?

- Si la organización de revisión la *acepta*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo en que tales servicios sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando su porción de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que haya limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si se rechaza su apelación?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, está diciendo que su fecha de alta programada es médicamente apropiada. Si esto pasa, **nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados terminará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé la respuesta sobre su apelación.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha *rechazado* su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta programada, podrá presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, puede solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise su decisión durante su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total por su estadía después de su fecha de alta programada.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una nueva revisión.

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

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su situación por segunda vez.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelven a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores toman una decisión sobre su apelación y se la comunican.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra porción de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo en que sea médicamente necesario.**
- Usted debe seguir pagando su porción de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le explicará por escrito qué puede hacer si desea seguir adelante con el proceso de revisión.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, debe decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel y seguir con el Nivel 3.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si desea iniciar una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 8.4 ¿Qué pasa si no logra cumplir con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?****Términos legales**

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación urgente**”.

Puede optar por presentarnos su apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar la apelación de Nivel 1 de su alta del hospital. Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, tiene otra opción para presentar su apelación.

Si utiliza esta otra opción para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1**Paso 1: Usted se comunica con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.**

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta y utilicemos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándar”. El Capítulo 2 incluye información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de su fecha de alta programada para determinar si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, evaluamos toda la información sobre su hospitalización. Analizamos si su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Determinamos si la decisión sobre cuándo debía retirarse del hospital era justa y cumplía con todas las normas.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted haya solicitado una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos brindándole los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo en que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra porción de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su porción de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** significa que consideramos que su fecha de alta programada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

hospitalarios para pacientes internados termina la fecha en que dijimos que terminaría dicha cobertura.

- Si permaneció en el hospital *después* de su fecha de alta programada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta programada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso se envía automáticamente al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones.

Paso a paso: Proceso para presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2

Términos legales
El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “ Organismo de Revisión Independiente ”. A veces, se lo denomina “ IRE ”, por sus siglas en inglés.

La **Organización de Revisión Independiente** es una organización independiente contratada por Medicare. No está unida a nosotros ni es un organismo gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su desempeño.

Paso 1: Derivamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle comunicado que rechazábamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta o con cualquier otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos devolverle nuestra porción de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta programada. También debemos seguir con la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados que el plan le brinda durante el tiempo en que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su porción de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, tales limitaciones podrían limitar qué cantidad de dinero le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta programada del hospital era médicamente apropiada.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le comunicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3, que está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Después del Nivel 2, hay tres niveles más en el proceso de presentación de apelaciones (un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted elige si acepta esa decisión o si pasa a una apelación de Nivel 3.
- La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente

Sección 9.1	<i>Esta sección solo abarca tres servicios: atención de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios prestados por un CORF</i>
--------------------	--

Cuando está recibiendo **servicios de atención de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo en que tal atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que corresponde dejar de cubrirle cualquiera de estos tres tipos de atención, tenemos la obligación de comunicárselo con anticipación. Cuando termine su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra porción del costo de su atención.*

Si considera que estamos terminando la cobertura de su atención prematuramente, **puede apelar nuestra decisión.** Esta sección le explica cómo presentar una solicitud para una apelación.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Sección 9.2 Le informaremos con anticipación cuándo terminará su cobertura

Términos legales

“Aviso de No Cobertura de Medicare”. Le explica qué puede hacer para solicitar una “apelación acelerada”. La solicitud de una apelación acelerada es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura acerca de cuándo interrumpir su atención.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le brinda información sobre lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrirle la atención.
 - Cómo solicitar una “apelación acelerada” para pedirnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **Se solicitará que usted, o alguien que actúe en su nombre, firmen el aviso por escrito como prueba de que lo recibieron.** Firmar el aviso indica *solamente* que usted ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de terminar la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para solicitarle a nuestro plan que cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá recurrir al proceso de presentación de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, debe entender qué tiene que hacer y cuáles son las fechas límite.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con Atención al Cliente. O bien llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. para determinar si la fecha de terminación de su atención es médicamente apropiada. **Paso 1: Usted presenta su apelación de Nivel 1: se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicita una apelación acelerada. Debe actuar rápidamente.**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de No Cobertura de Medicare*) le indica cómo puede comunicarse con esta organización. (O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2).

Actúe rápidamente:

- Para empezar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de inicio** indicada en el Aviso de No Cobertura de Medicare.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea apelar, debe presentar su apelación directamente ante nosotros. Para obtener detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 9.5 de este capítulo.

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

Términos legales

“**Explicación Detallada de No Cobertura**”. Es un aviso que brinda detalles sobre las razones por las que se termina la cobertura.

¿Qué pasa durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (“los revisores”) le preguntarán (a usted o a su representante) por qué considera que la cobertura de los servicios debería seguir. No es necesario que prepare nada por escrito, aunque puede hacerlo si así lo prefiere.
- La organización de revisión también examinará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan haya brindado.
- Al final del día en que los revisores nos informen acerca de su apelación, usted recibirá la **Explicación Detallada de No Cobertura** de parte nuestra que explica en detalle las razones para terminar nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el lapso de un día completo después de haber recopilado toda la información necesaria, los revisores le comunican su decisión.

¿Qué pasa si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos durante el tiempo en que tales servicios sean médicamente necesarios.**

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Usted tendrá que seguir pagando su porción de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que haya limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores la *rechazan*, su cobertura terminará en la fecha que le hayamos comunicado.
- Si decide seguir recibiendo la atención de la salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que su cobertura termina, **usted deberá pagar el costo total** de la atención por su cuenta.

Paso 4: Si se rechaza su apelación de Nivel 1, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted elige seguir recibiendo la atención después de que su cobertura de la atención ha terminado, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para solicitarle a nuestro plan que cubra su atención durante un período más prolongado
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, puede solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise su decisión durante su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total por la atención de la salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Vuelva a comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una nueva revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** después de la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechaza* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar la revisión solamente si sigue recibiendo la atención después de la fecha en que termina la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su situación por segunda vez.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelven a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Paso 3: En un plazo de 14 días después de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores toman una decisión sobre su apelación y se la comunican.

¿Qué pasa si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra porción de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo en que sea médicamente necesario.
- Usted debe seguir pagando su porción de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

- Significa que está de acuerdo con la decisión que se tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le explicará por escrito qué puede hacer si desea seguir adelante con el proceso de revisión. Le informará los detalles sobre cómo seguir con el próximo nivel de apelación, que está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, debe decidir si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué pasa si no logra cumplir con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	--

Puede optar por presentarnos su apelación a nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para empezar con la primera apelación (en el transcurso de un día o dos, como máximo). Si no logra cumplir con la fecha límite para comunicarse con esta organización, tiene otra opción para presentar su apelación. Si utiliza esta otra opción para presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de Nivel 1

Términos legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se denomina “**apelación urgente**”.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros para solicitar una “revisión rápida”.

- **Solicite una “revisión rápida”.** Esto significa que nos está pidiendo que le demos una respuesta y utilicemos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándar”. El Capítulo 2 incluye información de contacto.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos acerca de cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a evaluar toda la información sobre su caso. Evaluamos si respetamos todas las normas al determinar la fecha para que el plan termine la cobertura de los servicios que usted estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted haya solicitado una “revisión rápida”.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios por un período más largo y seguiremos brindándole sus servicios cubiertos durante el tiempo en que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra porción de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su porción de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** su cobertura terminará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna porción de los costos después de dicha fecha.
- Si sigue recibiendo la atención de la salud en el hogar, la atención del centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de la atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasa *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de presentación de apelaciones.

Términos legales

El nombre formal que recibe la “Organización de Revisión Independiente” es “**Organismo de Revisión Independiente**”. A veces, se lo denomina “**IRE**”, por sus siglas en inglés.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso a paso: Proceso para presentar una apelación *alternativa* de Nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su “apelación rápida”. Esta organización determina si la decisión debe cambiarse. **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está unida a nuestro plan ni es un organismo gubernamental. Es una compañía elegida por Medicare para desempeñar las funciones de Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su desempeño.

Paso 1: Derivamos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Tenemos la obligación de enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas después de haberle comunicado que rechazábamos su primera apelación. (Si considera que no cumplimos con esta o con cualquier otra fecha límite, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo se explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos devolverle nuestra porción de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo en que sea médicamente necesario. Usted debe seguir pagando su porción de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, tales limitaciones podrían limitar qué cantidad de dinero le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó sobre su primera apelación y no la cambiará.
- El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le comunicará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea llevar su apelación al próximo nivel.

- Hay tres niveles más de apelación después del Nivel 2, lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es revisada por un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones. La Sección 10 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los
niveles subsiguientes****Sección 10.1 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones
para solicitudes de servicios médicos**

Es posible que esta sección sea apropiada para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por los cuales usted presentó una apelación cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, ya no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba respecto de su apelación de Nivel 2 le explicará cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de dichos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones acepta su apelación, puede que el proceso de presentación de apelaciones *termine o no termine*.** A diferencia de las decisiones que se toman en una apelación de Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelarla, se pasará a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelarla, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez Administrativo o del abogado de adjudicaciones.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Podremos esperar a que se tome una decisión respecto de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar los servicios en conflicto.
- **Si el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones rechaza su apelación, puede que el proceso de presentación de apelaciones *termine o no termine*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (el 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 solicitud de revisar una decisión favorable en la apelación de Nivel 3, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.** A diferencia de las decisiones que se toman en el Nivel 2, nosotros tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted. Nosotros decidiremos si apelaremos o no tal decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las normas le permiten seguir con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación en este nivel.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

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

Sección 10.2 Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Es posible que esta sección sea apropiada para su caso si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2 y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que usted presentó una apelación alcanza un determinado valor mínimo en dólares, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es menor, ya no podrá presentar más apelaciones. La respuesta por escrito que reciba respecto de su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma manera. A continuación, se indica quién está a cargo de la revisión de su apelación en cada uno de dichos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un Juez Administrativo o un abogado de adjudicaciones que trabaja para el Gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de presentación de apelaciones termina.** En este caso, nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez Administrativo o el abogado de adjudicaciones **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para pasar a una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de presentación de apelaciones termina.** En este caso, nosotros debemos **autorizar o brindar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones urgentes) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, puede que el proceso de presentación de apelaciones termine o no termine.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión en la que se rechaza su apelación, el proceso de presentación de apelaciones termina.
 - Si usted decide no aceptar esta decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisión de la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten seguir con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y cuáles son los pasos que debe seguir si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

SECCIÓN 11 **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Sección 11.1 **¿Qué tipos de problemas se solucionan mediante el proceso de presentación de quejas?**

El proceso de presentación de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Se incluyen aquí algunos ejemplos de los tipos de problemas que se tratan mediante el proceso de presentación de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien se ha comportado de manera grosera o irrespetuosa hacia usted? • ¿Está insatisfecho con Atención al Cliente? • ¿Siente que lo están impulsando a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Le está resultando difícil conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud, o al personal de Atención al Cliente u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de alguna clínica, hospital o consultorio de un médico?

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Queja	Ejemplo
<p>Información que le brindamos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le hemos dado algún aviso que tenemos la obligación de darle? • ¿La información escrita que le hemos brindado es difícil de entender?
<p>Cumplimiento de los plazos establecidos (Todos estos tipos de quejas están relacionados con el <i>cumplimiento de los plazos establecidos</i> para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si usted ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación y considera que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha solicitado una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le hemos respondido que no, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite correspondientes a las decisiones de cobertura o las apelaciones, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite correspondientes a la cobertura o el reembolso de ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si considera que no cumplimos con las fechas límite establecidas para enviar su caso a la Organización de Revisión Independiente, puede presentar una queja.

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)****Sección 11.2 Cómo presentar una queja****Términos legales**

- Una “**queja**” también recibe el nombre de “**reclamo**”.
- “**Presentar una queja**” también se conoce como “**presentar un reclamo**”.
- “**Utilizar el proceso de presentación de quejas**” también se conoce como “**utilizar el proceso de presentación de un reclamo**”.
- Una “**queja rápida**” también recibe el nombre de “**reclamo urgente**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja**Paso 1: Usted se comunica con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Atención al Cliente.** Si debe hacer algo más, el personal de Atención al Cliente se lo informará.
- **Si no desea llamarnos (o si llamó y no está satisfecho), puede enviarnos una queja por escrito.** Si presenta una queja por escrito, la responderemos por escrito.
 - Funciona de esta manera:
 - Paso 1: Presentación de un reclamo

Para empezar el proceso, llame a un representante de Atención al Cliente en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el incidente y solicite presentar un reclamo. También puede presentar un reclamo por escrito en un plazo de 60 días calendario después de ocurrido el incidente y enviarlo a:

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
FAX: (916) 350-6510

Si desea comunicarse con nosotros por fax o por correo postal, llámenos para solicitarnos un **Formulario de apelaciones y reclamos de Blue Shield TotalDual Plan**.

En un plazo de 5 días calendario después de haber recibido el aviso sobre su inquietud, le enviaremos una carta para informarle la recepción y le brindaremos el nombre de la persona encargada de su caso. Por lo general, lo resolveremos en el transcurso de 30 días calendario.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si solicita un “reclamo urgente” porque decidimos no otorgarle una “decisión rápida” o una “apelación rápida”, o bien porque solicitamos una extensión para nuestra decisión inicial o apelación rápida, enviaremos su solicitud a un director médico que no haya participado en nuestra decisión original. Es posible que le preguntemos si cuenta con información adicional que no haya estado disponible en el momento en que usted solicitó una “decisión inicial rápida” o una “apelación rápida”.

El director médico revisará su solicitud y decidirá si nuestra decisión original fue apropiada. Le haremos llegar una carta con nuestra decisión en el transcurso de las 24 horas siguientes a su solicitud de “reclamo urgente”.

Debemos ocuparnos de su reclamo tan pronto como su caso lo requiera según su estado de salud, pero no podremos demorarnos más de 30 días calendario desde la fecha en que recibimos su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días calendario más si usted lo solicita o si nosotros justificamos la necesidad de contar con información adicional y la demora lo beneficia.

- Paso 2: Audiencia por el reclamo

Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo relacionado con un problema en la calidad de la atención, puede enviar por escrito una solicitud de audiencia por el reclamo al Departamento de Apelaciones y Reclamos de Blue Shield Medicare. En un plazo de 31 días calendario después de haber recibido su solicitud por escrito, convocaremos una junta para que trate su caso. Usted podrá asistir a la audiencia, en la que participarán un médico imparcial y un representante del Departamento de Resolución de Apelaciones y Reclamos. Usted podrá presenciar la audiencia en persona o mediante una teleconferencia. Después de la audiencia, le haremos llegar una carta con la resolución final.

- Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo, que no incluye un problema relacionado con la calidad de la atención, como el tiempo de espera, la falta de respeto, el servicio al cliente o la limpieza, puede comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan para solicitar una revisión adicional.
- La **fecha límite** para presentar una queja es de 60 días calendario después de ocurrido el problema por el cual desea quejarse.

Paso 2: Consideramos su queja y le comunicamos nuestra respuesta.

- **De ser posible, le responderemos inmediatamente.** Si nos llama por una queja, es posible que le demos una respuesta durante la misma llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en el transcurso de 30 días calendario.** Si necesitamos información adicional y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.

Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, automáticamente le concederemos una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le comunicaremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte de su queja o no asumimos responsabilidad por el problema por el cual presentó su queja, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le demos.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja está relacionada con la *calidad de la atención*, también cuenta con dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud en ejercicio que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 incluye información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante nuestro plan y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad al mismo tiempo.**

Sección 11.5 También puede informarle su queja a Medicare

Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield TotalDual Plan directamente ante Medicare.

Para presentar una queja ante Medicare, visite

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios del sistema TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDI-CAL (MEDICAID)

SECCIÓN 12 Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)

Si es miembro de un Plan de Atención Administrada de Medi-Cal, consulte el folleto para miembros de su plan. Si está inscrito en un Plan de Atención Administrada de Medi-Cal y está recibiendo los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) a través del Programa de Pago por Servicio de

**Capítulo 9 Qué debe hacer si tiene un problema o una queja
(decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**

Medi-Cal, puede presentar una queja comunicándose con el Departamento de Servicios Sociales de California.

Cómo presentar una queja

Si no está de acuerdo con alguna medida relacionada con su solicitud, los beneficios de asistencia pública o el plan de servicios, puede realizar alguna de las siguientes acciones, o todas ellas:

- Puede hablar con alguna persona del departamento de bienestar de su condado. Explíquele por qué está en desacuerdo y pídale ayuda.
- Puede presentar una queja formal por correo o por teléfono:

California Department of Social Services Public Inquiry and Response
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430
Teléfono 1-800-952-5253 (TDD 1-800-952-8349)
De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Expresé su deseo de que el problema se aborde como una “queja” y dé los motivos que lo llevaron a presentarla.

CAPÍTULO 10:

*Cómo terminar su membresía
en el plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en el plan

La terminación de su membresía en Blue Shield TotalDual Plan puede ser **voluntaria** (cuando es su decisión) o **involuntaria** (cuando no es su decisión):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre la terminación voluntaria de la membresía.
- También hay una cantidad limitada de situaciones en las que usted no decide terminarla, sino que somos nosotros quienes nos vemos obligados a terminar su membresía. La Sección 5 le brinda información sobre situaciones en las que debemos terminar su membresía.

Si tiene pensado dejar nuestro plan, debemos seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados y usted deberá seguir pagando su costo compartido hasta que termine su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Es posible que pueda terminar su membresía por tener Medicare y Medi-Cal (Medicaid)

La mayoría de las personas que tienen Medicare pueden terminar su membresía solamente en determinados momentos del año. Debido a que tiene Medi-Cal (Medicaid), es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a uno diferente una vez durante cada uno de los siguientes Períodos de Inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar hasta el próximo período para terminar su membresía o cambiarse a un plan diferente. No podrá utilizar este Período de Inscripción Especial para terminar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre durante el Período de Inscripción Anual. La Sección 2.2 le brinda más información sobre el Período de Inscripción Anual.

- Elija cualquiera de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
 - Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en el plan

- Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.

Nota: Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado para obtener información sobre las opciones de planes de Medi-Cal (Medicaid) (los números de teléfono están en la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento).

- **¿Cuándo terminará su membresía?** Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. La inscripción en su nuevo plan empezará ese mismo día.

Sección 2.2	Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	--

Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual (también conocido como “Período de Inscripción Abierta Anual”). Durante este momento, revise su cobertura de salud y de medicamentos y tome una decisión sobre su cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** se extiende del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Usted elige entre mantener su cobertura actual o realizar cambios en su cobertura para el año próximo.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

O BIEN

- Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.

Nota: Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Sección 2.3	Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de realizar *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage** se extiende del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta Anual de Medicare Advantage**, usted puede:
 - cambiarse a otro plan Medicare Advantage, con o sin cobertura de medicamentos recetados;
 - cancelar la inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía terminará** el primer día del mes siguiente al mes en que usted se inscriba en un plan diferente de Medicare Advantage o en que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos empezará el primer día del mes siguiente al mes en que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, usted puede reunir los requisitos necesarios para terminar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce con el nombre de **Período de Inscripción Especial**.

Usted puede ser elegible para terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial si está en alguna de las siguientes situaciones. A continuación, se indican solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

- Generalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medi-Cal (Medicaid).
- Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Complementaria” para el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.
- Si actualmente recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Personas Mayores (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en el plan

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le brinda más información acerca de los programas de administración de medicamentos.

Nota: La Sección 2.1 le brinda más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medi-Cal (Medicaid).

- **Los períodos de inscripción varían** según la situación en la que esté.
- **Para averiguar si reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a un Período de Inscripción Especial**, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos necesarios para terminar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar su cobertura de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados. Usted puede elegir:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

O BIEN

- Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si recibe “Ayuda Complementaria” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:

Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes siguiente al mes en que se recibe su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 le brindan más información sobre el período de inscripción especial para las personas que tienen Medi-Cal (Medicaid) y reciben “Ayuda Complementaria”.

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la terminación de su membresía:

- **Puede llamar a Atención al Cliente.**
- Puede encontrar información en el folleto *Medicare & You 2023* (Medicare y usted 2023).
- Puede comunicarse con **Medicare llamando** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina su membresía en nuestro plan?

El cuadro a continuación le explica cómo debe terminar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura empezará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura empezará el primer día del mes siguiente.• Su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>sin</i> un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare. <ul style="list-style-type: none">○ Si se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no ser inscrito automáticamente.○ Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	<ul style="list-style-type: none">• Enviarnos una solicitud por escrito para que cancelemos su inscripción. Comuníquese con Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto.• También puede comunicarse con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana, para solicitar la cancelación de la inscripción. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.• Su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan se cancelará cuando empiece su cobertura de Medicare Original.

Nota: Si usted cancela la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y sigue sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un período de 63 días seguidos o

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en el plan

más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California al 1-916-449-5000 (TTY: 1-800-735-2922), de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m. Averigüe de qué manera inscribirse en otro plan o volver a Medicare Original afecta a su cobertura de Medi-Cal (Medicaid).

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que termine su membresía en Blue Shield TotalDual Plan y empiece su nueva cobertura de Medicare, debe seguir obteniendo su atención médica y sus medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Siga usando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga usando la(s) farmacias/farmacia de servicio por correo de nuestra red para hacer surtir sus recetas.**
- **Si es hospitalizado el día que termina su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después del comienzo de su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Blue Shield TotalDual Plan debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos dar por terminada su membresía en el plan?

Blue Shield TotalDual Plan debe dar por terminada su membresía en el plan en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no reúne los requisitos necesarios para tener Medi-Cal (Medicaid). Como se explicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para aquellas personas que reúnen los requisitos necesarios para tener tanto Medicare como Medi-Cal (Medicaid).
 - Los beneficiarios de Medicare que se inscriban en Blue Shield TotalDual Plan deberán reunir los requisitos necesarios para tener tanto la Parte A y la Parte B de Medicare como Medi-Cal (Medicaid). Si ya no reúne los requisitos necesarios para tener Medi-Cal (Medicaid), le notificaremos sobre la pérdida de su condición en Medi-Cal (Medicaid) y seguiremos cubriendo sus beneficios de Medicare hasta que pueda volver a cumplir con los

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en el plan

requisitos de Medi-Cal (Medicaid) dentro de los 6 meses siguientes contados a partir de la notificación de pérdida de la condición de necesidades especiales.

- Le ofrecemos la oportunidad de cambiarse a uno de nuestros planes que no son HMO D-SNP. Estos planes se ofrecen a los beneficiarios que tienen derecho a tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare, pero que no tienen los beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Medicare les ofrece un Período de Inscripción Especial (SEP) a los beneficiarios de Medicare que ya no reúnen los requisitos necesarios para tener Medi-Cal (Medicaid).
- Si no vuelve a cumplir con los requisitos de Medi-Cal (Medicaid) ni acepta la oportunidad de cambiarse a un plan que no es HMO D-SNP dentro de los 6 meses posteriores a la notificación de pérdida de la condición de necesidades especiales, su inscripción en Blue Shield TotalDual Plan se cancelará involuntariamente.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si permanece fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - Si se muda o se va de viaje por un largo tiempo, comuníquese con Atención al Cliente para averiguar si el lugar al que va a mudarse o al que va a viajar está dentro del área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (es decir, si va a prisión).
- Si usted ya no es ciudadano de los Estados Unidos o ya no está en el país de manera legal.
- Si miente u oculta información sobre otros seguros que tenga y que le brinden cobertura de medicamentos recetados.
- Si al momento de su inscripción en nuestro plan brinda deliberadamente información incorrecta y tal información afecta su elegibilidad para inscribirse en nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de una manera perturbadora y dificulta nuestra capacidad de brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía con el fin de obtener atención médica. (No podemos obligarlo a dejar nuestro plan por este motivo a menos que primero contemos con la autorización de Medicare).
 - Si terminamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare derive su caso al inspector general para que lo investigue.
- Si se le exige que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso y usted no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos terminar su membresía, llame a Atención al Cliente.

Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud
--------------------	---

Blue Shield TotalDual Plan no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si, aun así, lo hacemos?

Si considera que se le está pidiendo que deje nuestro plan por razones relacionadas con su salud, comuníquese con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, cualquier día de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si damos por terminada su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestras razones para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de dar por terminada su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

La ley más importante que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Social Security Act (Ley de Seguro Social), así como los reglamentos creados según dicha ley por el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Asimismo, hay otras leyes federales que pueden aplicarse y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive también pueden ser pertinentes. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan debe respetar las leyes que lo protegen a usted contra la discriminación o el trato injusto. **No discriminamos a las personas** por su raza, ascendencia, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, identidad de género, orientación sexual, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia sinistral, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrezcan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Civil Rights Act (Ley de Derechos Civiles) de 1964, la Rehabilitation Act (Ley de Rehabilitación) de 1973, la Age Discrimination Act (Ley contra la Discriminación por Edad) de 1975, la Americans with Disabilities Act (Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades), la Sección 1557 de la Affordable Care Act (Ley de Atención Médica Económica), todas las demás leyes pertinentes a las organizaciones que obtienen fondos federales y todas las leyes y normas que correspondan por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Atención al Cliente. Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Atención al Cliente puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios de Medicare cubiertos para los cuales Medicare no sea el pagador primario. Según las reglamentaciones del CMS en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Code of Federal Regulations (CFR, Código de Regulaciones Federales), Blue Shield TotalDual Plan, como Organización de

Capítulo 11 Avisos legales

Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de indemnización que ejerce el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al amparo de las reglamentaciones del CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Administración de la Evidencia de Cobertura

Es posible que adoptemos políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta Evidencia de Cobertura.

SECCIÓN 5 Colaboración del miembro

Usted debe completar cualquier solicitud, formulario, declaración, descargo, autorización, formulario de derecho de retención y cualquier otro tipo de documento que solicitemos durante el curso normal de las actividades comerciales o según se especifique en esta Evidencia de Cobertura.

SECCIÓN 6 Cesión

Usted no puede ceder esta Evidencia de Cobertura ni ninguno de los derechos, intereses, reclamaciones por deudas monetarias, beneficios u obligaciones descritos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

SECCIÓN 7 Responsabilidad del empleador

No le pagaremos a un empleador por ningún servicio que el empleador deba brindar por ley y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al empleador el valor del servicio en cuestión.

SECCIÓN 8 Responsabilidad de los organismos gubernamentales

No le pagaremos a ningún organismo gubernamental un servicio que, por ley, únicamente dicho organismo deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al organismo gubernamental el valor del servicio en cuestión.

SECCIÓN 9 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

No le pagaremos al Departamento de Asuntos de Veteranos (Department of Veterans Affairs) ningún servicio para problemas de salud que, por ley, el Departamento de Asuntos de Veteranos deba brindar y, cuando cubramos algún servicio de ese tipo, es posible que le reclamemos al Departamento de Asuntos de Veteranos el valor del servicio en cuestión.

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 10 Beneficios de indemnización por accidentes laborales o por responsabilidad civil del empleador

Usted puede reunir los requisitos necesarios para recibir pagos u otros beneficios en el marco de la ley de indemnización por accidentes laborales o la ley de responsabilidad civil del empleador. Brindaremos medicamentos cubiertos por la Parte D aunque no sepamos si tiene derecho a recibirlos, pero es posible que reclamemos el valor de los Servicios Cubiertos a las siguientes entidades:

1. Cualquier entidad que brinde beneficios o que adeude un beneficio.
2. Usted, en la medida en que un beneficio sea brindado, deba pagarse o se hubiera exigido que se brinde o se pague si usted hubiera solicitado con diligencia establecer sus derechos a los beneficios en virtud de cualquier ley de indemnización por accidentes laborales o de responsabilidad civil del empleador.

SECCIÓN 11 Restitución de un pago en exceso

Podemos reclamar la restitución de todos los pagos en exceso que hagamos por los servicios a cualquier persona o entidad que reciba dichos pagos en exceso o a cualquier persona u organización que se vea obligada a pagar por los servicios.

SECCIÓN 12 Lesiones causadas por terceros

Si usted sufre una lesión o se enferma debido al acto o la omisión de otra persona (un “tercero”), Blue Shield debe, con respecto a los servicios que se requieran como resultado de esa lesión, brindar los beneficios del plan y contar con un derecho equitativo a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible para recuperar las cantidades que Blue Shield pagó por los Servicios que se le brindaron a usted mediante la deducción de cualquier indemnización (se define a continuación) obtenida por usted o en su nombre, otorgada por el tercero responsable de la lesión o enfermedad o en nombre de él, o por parte de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente.

Este derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se deduce de cualquier indemnización que usted reciba a raíz de la lesión o enfermedad, incluida cualquier cantidad otorgada o recibida mediante juicio legal, laudo arbitral, acuerdo legal o cualquier otro arreglo, por parte de cualquier tercero o asegurador del tercero, o de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente, en relación con la enfermedad o lesión (la “Indemnización”), sin tener en cuenta si usted ha sido “compensado satisfactoriamente” mediante la Indemnización. El derecho a la restitución, al reembolso o a otra solución disponible se circunscribe a esa porción de la Indemnización total que corresponde por los beneficios pagados en relación con dicha lesión o enfermedad, calculados de acuerdo con la Sección 3040 del California Civil Code (Código Civil de California).

Usted tiene la obligación de:

Capítulo 11 Avisos legales

1. Avisar por escrito a Blue Shield sobre cualquier reclamación o acción legal, real o potencial, que usted tenga pensado iniciar o haya iniciado contra el tercero a raíz de los presuntos actos u omisiones que provocaron su lesión o enfermedad, en un plazo máximo de 30 días después de haber enviado o presentado una reclamación o acción legal contra el tercero.
2. Aceptar colaborar plenamente y cumplir con todas las formalidades de cualquier formulario o documentación que se requiera para hacer cumplir este derecho a la restitución, al reembolso o a otras soluciones que estén disponibles.
3. Acordar por escrito reembolsar a Blue Shield por los beneficios pagados por Blue Shield mediante la deducción de cualquier Indemnización cuando dicha Indemnización se obtenga de un tercero, o en nombre de él, o de su asegurador, o de la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente.
4. Brindar un derecho de retención calculado en conformidad con la Sección 3040 del California Civil Code. El derecho de retención puede ser presentado ante el tercero, el representante o el abogado del tercero o ante el tribunal, a menos que la ley lo prohíba.
5. Responder periódicamente a pedidos de información que tengan que ver con la reclamación al tercero y avisar por escrito a Blue Shield en el transcurso de los 10 días siguientes a la obtención de cualquier Indemnización.

El incumplimiento de las cinco normas descritas anteriormente no obrará de ninguna manera como renuncia, liberación ni abandono de los derechos de Blue Shield.

SECCIÓN 13 Aviso acerca de la participación en el sistema de intercambio de información sobre la salud

Blue Shield participa en el sistema de intercambio de información sobre la salud (HIE, por sus siglas en inglés) de **Manifest MedEx**, ya que pone a disposición de Manifest MedEx la información sobre la salud de sus miembros para que los proveedores de atención de la salud autorizados puedan tener acceso a ella. Manifest MedEx es una organización independiente sin fines de lucro, que mantiene una base de datos de las historias clínicas electrónicas de los pacientes en todo el estado. Esta base de datos incluye información sobre la salud que aportan los médicos, los centros de atención de la salud, los planes de servicios de atención de la salud y las compañías de seguros de salud. Los proveedores de atención de la salud autorizados (que incluyen médicos, profesionales de enfermería y hospitales) pueden tener acceso seguro a la información sobre la salud de sus pacientes a través del HIE de Manifest MedEx como apoyo para brindar atención segura y de alta calidad.

Manifest MedEx respeta el derecho a la privacidad que tienen los miembros y cumple con las leyes de privacidad estatales y federales vigentes. Manifest MedEx utiliza sistemas de seguridad de avanzada y técnicas modernas de cifrado de datos para proteger la privacidad de los miembros y la seguridad de su información personal.

Capítulo 11 Avisos legales

Todos los miembros de Blue Shield tienen derecho a indicar a Manifest MedEx que no comparta su información sobre la salud con sus proveedores de atención de la salud. Si bien el hecho de optar por no participar en Manifest MedEx puede limitar la capacidad de su proveedor para tener acceso rápido a información importante relacionada con la atención de su salud, su seguro de salud o la cobertura de beneficios de su plan de salud no se verán afectados por su elección de no participar en Manifest MedEx. Ningún médico u hospital que participe en Manifest MedEx se negará a brindar atención médica a un paciente que decida no participar en el HIE de Manifest MedEx.

Los miembros que no deseen que su información de atención de la salud aparezca en Manifest MedEx deberán completar un formulario por Internet, disponible en <https://www.manifestmedex.org/opt-out>, o llamar a Manifest MedEx al (888) 510-7142, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m. (hora estándar del Pacífico). Las personas con dificultades auditivas pueden comunicarse mediante TTY al 711.

SECCIÓN 14 Denuncia de fraude, desperdicio y abuso

¿Qué es fraude, desperdicio y abuso (FWA, por sus siglas en inglés)?

- El **fraude** es una falsedad intencionada que puede derivar en costos no autorizados para un programa de atención de la salud.
- El **desperdicio** es el uso inapropiado de los fondos o recursos de atención de la salud sin una necesidad justificada para hacerlo.
- El **abuso** es una práctica inconsistente con las buenas prácticas médicas o comerciales que puede derivar, directa o indirectamente, en costos innecesarios para un programa de atención de la salud.

Protéjase a usted mismo y a sus beneficios

- Nunca le brinde a un desconocido su número de Seguro Social, Medicare o plan de salud, ni su información bancaria.
- No brinde su consentimiento para ninguna prueba de laboratorio sin la orden de su médico.
- Es ilegal aceptar cualquier cosa de valor a cambio de servicios médicos.

Esté atento a las pruebas genéticas fraudulentas

Los estafadores abordan a las personas inscritas que son muy confiadas en las ferias de salud locales, los hogares de ancianos, los centros comunitarios, las agencias de salud en el hogar y otros lugares de confianza para realizar pruebas genéticas fraudulentas. Prometen con falsedad que Medicare pagará por la prueba, y usted simplemente debe realizarse un hisopado bucal y brindar su identificación y la información de Medicare para recibir los resultados de la prueba.

Desafortunadamente, estos estafadores ahora tienen su número de Medicare o plan de salud, y pueden facturarle a Medicare miles de dólares por pruebas o incluso servicios que usted nunca recibe. También tienen su información genética personal.

Para denunciar un posible fraude, desperdicio y abuso, comuníquese con:

Capítulo 11 Avisos legales

- **La línea directa para denunciar fraudes de Medicare de Blue Shield of California:** (855) 331-4894 (TTY: 711) o por correo electrónico a: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.
- **Medicare al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**, durante las 24 horas, cualquier día de la semana. Los usuarios del sistema TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Apelación: Acción que usted realiza si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de atención de la salud o de medicamentos recetados, o una solicitud de pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: Área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan cuáles son los médicos y hospitales que usted puede usar, también suele ser el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda en forma permanente fuera del área de servicio del plan.

Atención al Cliente: Departamento dentro de nuestro plan encargado de responder a sus preguntas sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Atención al Cliente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: (1) brinda un proveedor idóneo para brindar servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar un problema de salud de emergencia.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación brindados de manera diaria y continua en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de este tipo de atención son la fisioterapia o la aplicación de inyecciones intravenosas que pueden ser suministradas únicamente por un profesional de enfermería diplomado o un médico.

Atención paliativa: Un beneficio a través del cual se ofrece un tratamiento especial para un miembro que ha sido médicamente diagnosticado como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, como su plan, debemos brindarle una lista de centros de atención paliativa en su área geográfica. Si opta por recibir atención paliativa y sigue pagando sus primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir obteniendo todos los servicios médicamente necesarios, además de los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar incluidos o no en nuestro formulario. 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. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de la salud en el hogar: Una persona que presta servicios que no exigen las habilidades de un profesional de enfermería o terapeuta autorizados; dichos servicios abarcan la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados por el médico).

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Ayuda Complementaria: Programa de Medicare o estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de los programas de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Cancelar la inscripción o cancelación: Proceso de terminación de su membresía en nuestro plan.

Cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si, en el informe de declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años, su ingreso bruto ajustado y modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) sobrepasa cierta cantidad, deberá pagar la cantidad de la prima estándar y una cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). La IRMAA es una tarifa adicional que se agrega a su prima. Esto afecta a menos del 5 % de las personas con Medicare, de modo que la mayoría de las personas no deben pagar una prima mayor.

Cantidad máxima de gastos de bolsillo: Cantidad máxima que usted paga como gastos de bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Las cantidades que usted paga por las primas del plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para la cantidad máxima de gastos de bolsillo. Si reúne los requisitos para recibir asistencia con el costo compartido de Medicare a través de Medi-Cal (Medicaid), usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún costo de bolsillo que cuente para la cantidad máxima de gastos de bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (**Nota:** Como nuestros miembros también reciben asistencia de Medi-Cal (Medicaid), son muy pocos los que alcanzan esta cantidad máxima de gastos de bolsillo).

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés): Centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o una lesión, como servicios de fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios relacionados con las patologías del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno hogareño.

Centro quirúrgico ambulatorio: Entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios a personas que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no exceda las 24 horas.

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Organismo federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o una unión) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Por lo general, las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando reúnen los requisitos necesarios para obtener Medicare, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si más adelante deciden inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro para colaborar con el pago de medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren ni la Parte A ni la Parte B de Medicare para pacientes ambulatorios.

Copago: Cantidad que posiblemente deba pagar como su porción del costo por un servicio o suministro médico, por ejemplo, una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Coseguro: Cantidad que posiblemente deba pagar, expresada como porcentaje (por ejemplo, el 20 %), como su porción del costo por servicios o medicamentos recetados después de pagar cualquier deducible que corresponda.

Costo compartido: Se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pago: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad de “copago” fijo que un plan exija cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos; o (3) cualquier cantidad de “coseguro” (un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o un medicamento) que un plan exija cuando se recibe un servicio o un medicamento específicos.

Costos de bolsillo: Consulte la definición de “costo compartido” más arriba. El requisito de costo compartido del miembro es la porción que el miembro tiene que pagar por los servicios o medicamentos recibidos. También se denomina “requisito de costo de bolsillo” del miembro.

Cuidado custodial: Atención personal que se brinda en hogares de ancianos, centros de atención paliativa u otros tipos de centros cuando usted no necesita atención médica especializada ni atención de enfermería especializada. El cuidado custodial, a cargo de personas sin entrenamiento ni habilidades profesionales, abarca la ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o salir de la cama, sentarse o pararse, desplazarse y usar el baño. También puede incluir la clase de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas practican por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado custodial.

Deducible: Cantidad que usted debe pagar por la atención de la salud o los medicamentos recetados antes de que pague nuestro plan.

Determinación de cobertura: Decisión sobre si un medicamento que se le ha recetado está cubierto por el plan y, cuando corresponda, determinación de la cantidad que debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le comunica que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe comunicarse con su plan por teléfono o por escrito para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura”.

Determinación de la organización: Una decisión que toma nuestro plan para determinar si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar usted por los servicios o artículos

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura”.

Dispositivos protésicos y ortóticos: Dispositivos médicos entre los que se incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, columna y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una función o parte interna del cuerpo, incluidos los suministros para estomas y tratamientos de nutrición enteral y parenteral.

Emergencia: Una emergencia médica se presenta cuando usted o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina consideran que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la muerte (y, en el caso de una mujer embarazada, la pérdida de un niño en gestación), la pérdida de una extremidad o la invalidez de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente.

Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés): Ciertos equipos médicos que su médico solicita por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros relacionados con la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitadas por un proveedor para ser utilizadas en el hogar.

Etapas de Cobertura Inicial: Etapa anterior a que sus costos totales por medicamentos, incluidas las cantidades que haya pagado usted y que haya pagado su plan en su nombre durante el año, hayan alcanzado \$4,660.

Etapas de Cobertura para Catástrofes: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la cual usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o terceros autorizados en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) y revelación de información: Este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas adicionales u otras coberturas opcionales seleccionadas, describe su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) o recibir un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción del nivel de medicamento). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Facturación del saldo: Situación en la que un proveedor (por ejemplo, un médico o un hospital) le factura a un paciente una cantidad mayor que la cantidad de costo compartido permitida por el plan. Como miembro de Blue Shield TotalDual Plan, usted solo debe pagar las cantidades de

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

costo compartido de nuestro plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Nosotros no permitimos que los proveedores “facturen el saldo” ni le cobren, de alguna otra manera, una cantidad mayor que el costo compartido que su plan especifica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: Una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si la receta se surte en alguna de nuestras farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Hospitalización para pacientes internados: Hospitalización después de haber sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun si lo internan y permanece internado en el hospital hasta el día siguiente, usted podría ser considerado “paciente ambulatorio”.

Indicación medicamento aceptada: Uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia.

Individuo con doble elegibilidad: Una persona que reúne los requisitos necesarios para tener la cobertura tanto de Medicare como de Medicaid.

Límite de cobertura inicial: Límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Límites en las cantidades: Herramienta de administración que tiene como objetivo limitar el uso de determinados medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden aplicarse sobre la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o sobre un período determinado.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o “Lista de Medicamentos”): Lista de los medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de la atención de la salud están cubiertos si usted cumple con los requisitos tanto para Medicare como para Medi-Cal (Medicaid).

Medicamento necesarios: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su problema de salud y que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

Medicamento de marca: Medicamento recetado que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

misma fórmula de principios activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, generalmente, no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Medicamento genérico: Medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) por tener los mismos principios activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” tiene la misma eficacia que un medicamento de marca y suele costar menos.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deberán cubrirse a través de cada plan.

Medicare Original (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): Quien ofrece Medicare Original es el Gobierno, no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos a través del pago de cantidades, establecidas por el Congreso, que se realiza a médicos, hospitales y demás proveedores de atención de la salud. Puede acudir a cualquier médico, hospital o proveedor de atención de la salud que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la porción que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga su porción. Medicare Original se divide en dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico). Además, está disponible en todo el territorio de los Estados Unidos.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen insuficiencia renal terminal (por lo general, quienes padecen insuficiencia renal permanente y requieren diálisis o un trasplante de riñón).

Médico de atención primaria (PCP): Médico u otro proveedor al que consulta primero cuando surgen la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar a su médico de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención de la salud.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): Persona que tiene Medicare, que reúne los requisitos necesarios para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por el organismo Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Cantidad que se agrega a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si sigue sin una cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

estándar de Medicare) durante un período de 63 días seguidos o más luego de reúna por primera vez los requisitos necesarios para inscribirse en un plan de la Parte D. Si deja de recibir Ayuda Complementaria y no cuenta con la cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, podría quedar sujeto al pago de una multa por inscripción tardía.

Nivel de costo compartido: Cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos pertenece a uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en atención de la salud en ejercicio que reciben un pago del Gobierno federal para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Parte C: Consulte la definición de “Plan Medicare Advantage (MA)”.

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

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Medicare Original miden el uso que usted hace de los servicios de hospitales y centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés). Un período de beneficios empieza el día en que usted entra a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención como paciente internado en un hospital (ni atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si entra a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de finalizado un período de beneficios, se iniciará un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible del hospital para pacientes internados por cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage: Período entre el 1 de enero y el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si decide cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses luego de que una persona reúne por primera vez los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare.

Período de Inscripción Inicial: Período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando reúne por primera vez los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare. Si usted reúne los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es el período de 7 meses que empieza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, que incluye el mes de su cumpleaños y que termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de costos de Medicare: Plan administrado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) o un Plan Médico Competitivo

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

(Competitive Medical Plan, CMP), de acuerdo con un contrato de reembolso de costos, en conformidad con la Sección 1876(h) de la ley.

Plan de Necesidades Especiales: Un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención de la salud más enfocada a determinados grupos de personas, como aquellas que tienen tanto Medicare como Medicaid, residen en un hogar de ancianos o tienen ciertos problemas de salud crónicos.

Plan de salud de Medicare: Se ofrece por medio de una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarles los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los programas piloto o de demostración y los Programas de Atención Integral para Personas Mayores (All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan Medicare Advantage (MA) (a veces denominado “Parte C de Medicare”): Plan ofrecido por una compañía privada que firma un contrato con Medicare para brindar todos sus beneficios de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) un plan HMO, ii) un plan PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de cuentas de ahorros médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Plan PACE: Un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, Programa de Atención Integral para Personas Mayores) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo para personas en estado delicado, a fin de ayudarlas a valerse por sí mismas y a vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) el mayor tiempo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

Planes de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP, por sus siglas en inglés): Los D-SNP inscriben a aquellas personas que tienen derecho a recibir tanto Medicare (Título XVIII de la Social Security Act [Ley de Seguro Social]) como asistencia médica de un plan del estado cubierto por Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos de los costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Póliza de “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir las “brechas” de Medicare Original. Las pólizas de Medigap sirven solo para Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos recetados.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Programa de Descuentos durante la Brecha de Cobertura de Medicare: Programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Brecha de Cobertura y que aún no reciban “Ayuda Complementaria”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el Gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos.

Proporción de costo compartido por día: Es posible que se aplique una “proporción de costo compartido por día” si su médico le receta un determinado medicamento para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La proporción de costo compartido por día representa el copago dividido por la cantidad de días del suministro mensual de un medicamento. Analice este ejemplo: Si su copago por el suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes según su plan abarca 30 días, entonces su “proporción de costo compartido por día” será de \$1 por día.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que se emplea para los médicos, otros profesionales de atención de la salud, hospitales y otros centros de atención de la salud, autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestros pagos como pago total y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se los conoce como “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Proveedor o centro que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee ni dirige.

Queja: El nombre formal de “presentación de una queja” es “presentación de un reclamo”. El proceso de presentación de quejas se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto abarca problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También abarca las quejas que se hacen cuando su plan no cumple con los plazos del proceso de presentación de apelaciones.

Reclamo: Tipo de queja que usted presenta en contra de nuestro plan, nuestros proveedores o nuestras farmacias, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de su atención. Esto no incluye conflictos relacionados con la cobertura ni con los pagos.

Seguro de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social les paga a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna discapacidad, son ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

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

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Servicios cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención de la salud cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: Servicios entre los que se incluyen la fisioterapia, la terapia del habla y del lenguaje, y la terapia ocupacional.

Servicios urgentemente necesarios: Servicios cubiertos que no son servicios de emergencia y que se brindan en situaciones en las que los proveedores de la red no son accesibles o no están disponibles temporalmente cuando la persona inscrita está fuera del área de servicio. Por ejemplo, si usted necesita atención inmediata durante el fin de semana. Estos servicios deben necesitarse con urgencia y deben ser médicamente necesarios.

Subsidios para personas de bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): Consulte la definición de “Ayuda Complementaria”.

Tarifa por prescripción: Tarifa que se cobra cada vez que se despacha un medicamento cubierto a fin de pagar el costo que representa surtir una receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y embalar el medicamento recetado.

Tratamiento escalonado: Herramienta de uso que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su problema de salud antes de que cubramos el medicamento que su médico puede haber recetado inicialmente.

Atención al Cliente de Blue Shield TotalDual Plan

Modo de contacto	Información de contacto de Atención al Cliente
TEL.	(800) 452-4413 Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, los 365 días del año. Atención al Cliente también cuenta con servicios de interpretación sin costo disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratis. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., cualquier día de la semana.
FAX	(877) 251-6671
CORREO	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB	www.blueshieldca.com/medicare

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Seguros de Salud (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) (SHIP de California)

El HICAP es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal para brindar asesoramiento sin costo sobre seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Modo de contacto	Información de contacto
TEL.	(800) 434-0222
TTY	711 Para usar este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial. Este número es exclusivo para personas con dificultades auditivas o del habla.
CORREO	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834
SITIO WEB	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

Declaración de revelación de información de la PRA: Según la Paperwork Reduction Act (PRA, Ley de Reducción de Trámites) de 1995, nadie tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta cuente con un número de control válido de la Office of Management and Budget (OMB, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, comuníquese por escrito a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

