evidencia de cobertura

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare como Miembro de
Blue Shield 65 Plus (HMO)

Condado de Riverside
Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association MA026-EOC-RVS-1022

blue california

PO Box 4317
Woodland Hills, CA 91365

1 de junio de 2023

Cambios en la Evidencia de Cobertura de 2023

Estimado/a miembro de Blue Shield of California:

Su *Evidencia de Cobertura* (EOC, por sus siglas en inglés) brinda información sobre la cobertura de su plan y está disponible en nuestro sitio web.

Queremos informarle que su EOC se ha actualizado. En la tabla de la siguiente página se muestra lo que cambió. Las EOC disponibles en nuestro sitio web (**blueshieldca.com/MAPDdocuments2023**) ya se han corregido.

Además, como ya le comentamos, los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) publican una lista de medicamentos reembolsables de la Parte B de Medicare cada trimestre. Consulte la lista más reciente en **blueshieldca.com/medformulary2023** para ver si cambió el coseguro del medicamento de la Parte B de Medicare que usted toma.

Estamos aquí para ayudarle
No es necesario que haga nada. Guarde este aviso como referencia. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al Cliente llamando al **(800) 776-4466 (TTY: 711)**. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.

Atentamente,
Blue Shield of California

Blue Shield of California es un plan HMO, HMO D-SNP y PPO que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid del Estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711).

Esta información puede estar disponible en otros formatos, incluso en letra grande. Llame a Atención al Cliente al número que aparece más arriba si necesita la información del plan en otro formato.

Cambios en su EOC válidos a partir del 1 de julio de 2023

Dónde está el error en su EOC de 2023	**EOC original**	**EOC corregida**	**¿Qué significa?**
En el Capítulo 4, en la Sección 2.1 "Sus beneficios médicos y sus costos como miembro del plan", en el Cuadro de Beneficios Médicos: Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Usted paga 20% de coseguro. Los miembros pueden pagar hasta un 20% de coseguro para ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare, los cuales pueden cambiar cada trimestre, como lo establecen los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Para saber el costo exacto, puede comunicarse con Atención al Cliente al número que está en su tarjeta de identificación del plan.	Usted paga 20% de coseguro. Los miembros pueden pagar hasta un 20% de coseguro para ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare, los cuales pueden cambiar cada trimestre, como lo establecen los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). El copago de la insulina obtenida a través de la Parte B, cuando se administra con una bomba de insulina, no superará los $35 para un suministro de un mes. Para saber el costo exacto, puede comunicarse con Atención al Cliente al número que está en su tarjeta de identificación del plan.	El deducible de la Parte B de Medicare ya no se aplica a la insulina recetada que se usa con una bomba "tradicional" cubierta como equipo médico duradero. Su coseguro para un suministro de un mes de insulina tendrá un valor máximo de $35.

Cambios en la Evidencia de Cobertura de 2023

February 27, 2023

La siguiente información es importante porque muestra los cambios en la cobertura de su plan.

Ya le avisamos que la Evidencia de Cobertura (EOC), que incluye información sobre su cobertura como persona inscrita en nuestro plan, está disponible en nuestro sitio web. Por medio de este documento, le avisamos que su EOC tiene errores. A continuación, se describen y se corrigen esos errores. Guarde esta información para consultarla en el futuro. Puede encontrar la EOC correcta en nuestro sitio web **blueshieldca.com/medicare**.

Y0118_23_079A_C_SP 02092023

Cambios en su EOC

Dónde está el error en su EOC de 2023	Información original	Información corregida	¿Qué significa para usted?
En el Capítulo 4, en la Sección 2.1 “Sus beneficios médicos y sus costos como miembro del plan”, en el Cuadro de Beneficios Médicos: Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare	Usted paga 20 % de coseguro. Para saber el costo exacto, puede comunicarse con Atención al Cliente al número que está en su tarjeta de identificación del plan.	Usted paga 20 % de coseguro. Los miembros pueden pagar hasta un 20 % de coseguro para ciertos medicamentos de la Parte B de Medicare, los cuales pueden cambiar cada trimestre, como lo establecen los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Para saber el costo exacto, puede comunicarse con Atención al Cliente al número que está en su tarjeta de identificación del plan.	Desde el 1 de abril de 2023, el coseguro para ciertos medicamentos reembolsables de la Parte B será menor si el precio del medicamento ha aumentado más rápido que la tasa de inflación. La lista de medicamentos reembolsables de la Parte B y la cantidad de coseguro para esos medicamentos podría cambiar cada trimestre, como lo establecen los CMS.

No es necesario que haga nada como respuesta a este documento, pero le recomendamos que guarde esta información para consultarla en el futuro. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Atención al Cliente llamando al (800) 776-4466 [TTY: 711]. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.

Blue Shield of California es un plan HMO, HMO D-SNP, PPO y PDP que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid del Estado de California. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-776-4466 (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si no habla inglés, tiene a su disposición gratis el servicio de asistencia en idiomas. Llame al 1-800-776-4466 (TTY: 711).

Y0118_23_079A_C_SP 02092023

Esta información puede estar disponible en otros formatos, incluso en letra grande. Llame a Atención al Cliente al número que aparece más arriba si necesita la información del plan en otro formato.

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 65 Plus (HMO)

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) 776-4466 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.

Este plan, Blue Shield 65 Plus, 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 65 Plus).

Este documento está disponible sin costo en español.

Esta información puede estar disponible en otros formatos, incluso en braille y en letra grande. Llame a Atención al Cliente al número que aparece más arriba si necesita la información del plan en otro formato. Si desea recibir los materiales de su plan por correo electrónico, inicie sesión en blueshieldca.com/login, haga clic en "Edit Profile" (Editar perfil) en su tablero myblueshield para ir a su página de perfil y, luego, seleccione *Yes, save paper, Send by Email* (Sí, deseo ahorrar papel; enviar por correo electrónico) en "Communications preferences" (Preferencias de comunicación) para indicar que prefiere esa forma de entrega. Si no tiene una cuenta, haga clic en *Create account* (Crear una cuenta) y seleccione "Email" (Correo electrónico) como forma de entrega durante el proceso de registro.

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.

La red de farmacias de Blue Shield of California incluye pocas farmacias preferidas de menor costo en California. Es posible que los costos más bajos publicados en los materiales de nuestro plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usted usa. Para obtener información actualizada sobre las farmacias de nuestra red, e incluso saber si hay alguna farmacia preferida de menor costo en su área, llame al (800) 776-4466 [TTY: 711], de 8:00 a. m.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

a 8:00 p. m., cualquier día de la semana, o bien consulte el directorio de farmacias por Internet en **blueshieldca.com/medpharmacy2023**.

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.

H0504_22_381H_026_C_SP SNR 09292022

Evidencia de Cobertura para el año 2023

Índice

CAPÍTULO 1: *Los primeros pasos como miembro* 5

SECCIÓN 1 Introducción 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan? 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados con su membresía 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Shield 65 Plus 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 13
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía en el plan 15
SECCIÓN 7 Cómo funciona otro seguro con nuestro plan 16

CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* 18

SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield 65 Plus (cómo comunicarse con nosotros y cómo obtener acceso a Atención al Cliente) 19
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 25
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) (ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare sin cargo) 27
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad 28
SECCIÓN 5 Seguro Social 29
SECCIÓN 6 Medicaid 30
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados 31
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Retiro Ferroviario 33
SECCIÓN 9 ¿Tiene “seguro grupal” u otro seguro de salud de un empleador? 34

CAPÍTULO 3: *Usar el plan para recibir los servicios médicos* 35

SECCIÓN 1 Aspectos que debe tener en cuenta para recibir atención médica como miembro de nuestro plan 36
SECCIÓN 2 Acuda a proveedores dentro de la red del plan para recibir su atención médica 38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios si tiene una emergencia, necesita atención urgente u ocurre una catástrofe 41
SECCIÓN 4 ¿Qué debe hacer si le facturan directamente a usted el costo total de sus servicios? 44
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”? 45

SECCIÓN 6 Normas para recibir atención en una "institución religiosa de atención de la salud no médica" ... 47
SECCIÓN 7 Normas para la adquisición de equipos médicos duraderos ... 48

CAPÍTULO 4: *Cuadro de Beneficios Médicos: lo que está cubierto y lo que debe pagar* ... 50
SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de bolsillo por servicios cubiertos ... 51
SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de Beneficios Médicos* para conocer qué está cubierto y cuánto pagará ... 53
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? ... 131

CAPÍTULO 5: *Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D* ... 135
SECCIÓN 1 Introducción ... 136
SECCIÓN 2 Haga surtir sus recetas en una farmacia de la red o mediante la farmacia de servicio por correo del plan ... 136
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben encontrarse en la "Lista de Medicamentos" del plan ... 140
SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos ... 142
SECCIÓN 5 ¿Qué pasa si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría? ... 144
SECCIÓN 6 ¿Qué pasa si se cambia su cobertura para uno de sus medicamentos? ... 147
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan? ... 149
SECCIÓN 8 Hacer surtir una receta ... 151
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ... 151
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad y administración de los medicamentos ... 153

CAPÍTULO 6: *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D* ... 156
SECCIÓN 1 Introducción ... 157
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 ... 159
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que le explican los pagos por sus medicamentos y le indican en qué etapa de pago está ... 160
SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para Blue Shield 65 Plus ... 161
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga una porción de sus costos por medicamentos y usted paga la suya ... 162
SECCIÓN 6 Costos durante la Etapa de Brecha de Cobertura ... 167
SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, el plan paga la mayor porción del costo de sus medicamentos ... 168

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga 168

CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra porción de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos* 171

SECCIÓN 1 Casos en los cuales usted debería solicitarnos que paguemos nuestra porción del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos 172

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que ha recibido 174

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le daremos una respuesta positiva o negativa 175

CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* 176

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 177

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 184

CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* 186

SECCIÓN 1 Introducción 187

SECCIÓN 2 Dónde puede obtener más información y asistencia personalizada 187

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema? 188

SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones 189

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 192

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 201

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente 212

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente 219

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes 226

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 229

CAPÍTULO 10: *Cómo terminar su membresía en el plan* 234

SECCIÓN 1 Introducción a la terminación de su membresía en el plan 235

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan? 235

SECCIÓN 3 ¿Cómo termina su membresía en nuestro plan? 238

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y sus medicamentos a través de nuestro plan 238
SECCIÓN 5 Blue Shield 65 Plus debe terminar su membresía en el plan en determinadas situaciones 239

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 241
SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 242
SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación 242
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare 242
SECCIÓN 4 Administración de la Evidencia de Cobertura 243
SECCIÓN 5 Colaboración del miembro 243
SECCIÓN 6 Cesión 243
SECCIÓN 7 Responsabilidad del empleador 243
SECCIÓN 8 Responsabilidad de los organismos gubernamentales 243
SECCIÓN 9 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos 243
SECCIÓN 10 Beneficios de indemnización por accidentes laborales o por responsabilidad civil del empleador 244
SECCIÓN 11 Restitución de un pago en exceso 244
SECCIÓN 12 Lesiones causadas por terceros 244
SECCIÓN 13 Aviso acerca de la participación en el sistema de intercambio de información sobre la salud 245
SECCIÓN 14 Denuncia de fraude, desperdicio y abuso 246

CAPÍTULO 12: *Definiciones de términos importantes* 248

CAPÍTULO 1:
Los primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Blue Shield 65 Plus, que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir su cobertura de atención de la salud y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Blue Shield 65 Plus. 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 65 Plus es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO son las siglas de "Health Maintenance Organization", Organización para el Mantenimiento de la Salud), aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

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. 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 65 Plus.

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 65 Plus 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 65 Plus 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 65 Plus después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio 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 65 Plus todos los años. 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 2.2 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.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Blue Shield 65 Plus

Blue Shield 65 Plus 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: condado de Riverside.

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.

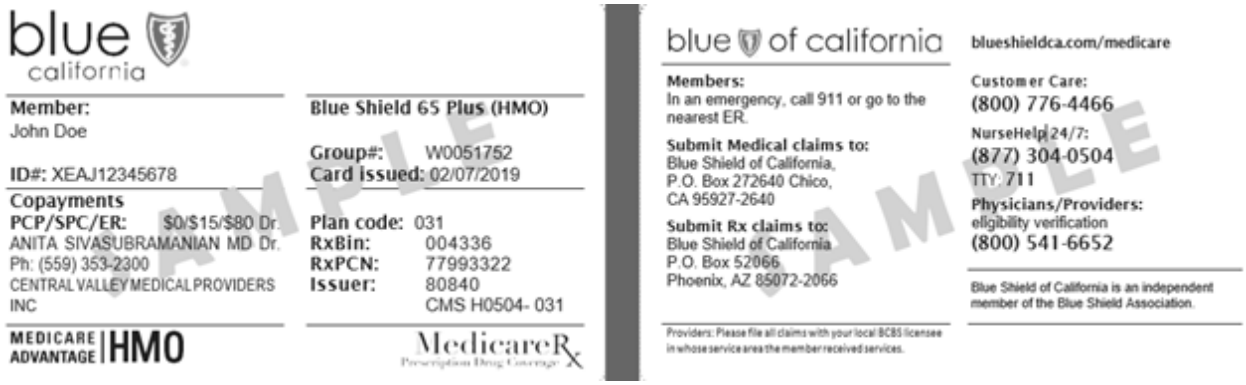
Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal en el país

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 y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]) le avisará a Blue Shield 65 Plus si usted no reúne los requisitos necesarios para seguir siendo miembro en función de esta condición. Blue Shield 65 Plus 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 Medicaid al proveedor, si corresponde. Este es un ejemplo de la apariencia de su tarjeta de membresía:



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 65 Plus, 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.

Usted debe usar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. 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 65 Plus 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.

En el *Directorio de Farmacias*, también podrá consultar qué farmacias de la red tienen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

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**.

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 65 Plus. 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 65 Plus.

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

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/medformulary2023**) o llamar a Atención al Cliente.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Blue Shield 65 Plus

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima del beneficio opcional suplementario (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Cantidad de ajuste mensual según el ingreso (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan aparte para Blue Shield 65 Plus.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe continuar pagando sus primas de Medicare 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 Prima del beneficio opcional suplementario

Si usted se inscribió para recibir beneficios adicionales, también denominados “beneficios opcionales suplementarios”, entonces pagará una prima adicional por cada mes que tenga estos beneficios adicionales. Consulte los detalles en la Sección 2.2 del Capítulo 4. Si tiene alguna pregunta relacionada con las primas del plan, llame a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este documento). Blue Shield 65 Plus ofrece dos planes dentales opcionales suplementarios: el plan dental HMO y el plan dental PPO. La prima mensual del plan dental HMO opcional suplementario es de $12.50, y la prima mensual del plan dental PPO opcional suplementario es de $42.30.

Sección 4.4 Multa por inscripción tardía de la Parte D

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 primera vez que se inscribe en Blue Shield 65 Plus, 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 exempleador 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 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:

- Si estuvo 63 días o más sin la cobertura de la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de reunir los requisitos necesarios para inscribirse en la Parte D por primera vez, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. 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 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 4.5 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 Si usted debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de pagarla

Hay tres maneras distintas de pagar la multa.

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 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 multa por inscripción tardía de la Parte D 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 multa por inscripción tardía de la Parte D 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: Deducción de su multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar el método de pago de su prima. Si decide cambiar el método de pago de su multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que su nuevo método de pago demore hasta tres meses en aplicarse. Mientras procesamos su solicitud de cambio de método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague en término. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Atención al Cliente al número que está en el dorso de este documento.

Qué debe hacer si tiene dificultades para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D

La multa por inscripción tardía de la Parte D 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 de la multa, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su cobertura, le enviaremos un aviso para informarle que daremos por terminada su membresía en el plan si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D en el transcurso de un período de gracia de 3 meses. Si se le exige que pague una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene dificultades para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D en término, en caso de que se adeude, comuníquese con Atención al Cliente para saber si podemos indicarle programas que lo ayuden a pagar sus costos.

Si damos por terminada su membresía debido a que usted no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de que se adeude, usted recibirá cobertura de salud mediante Medicare Original. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el próximo año si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si usted sigue sin una cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D durante el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D).

Al momento de dar por terminada su membresía, es posible que su multa esté aún pendiente 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 la multa por inscripción tardía de la Parte D, en caso de que se adeude, 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 10 del Capítulo 9 de este documento le explica cómo presentar una queja; de lo contrario, puede llamarnos al (800) 776-4466 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, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, en caso de que se adeude, o bien es posible que deba empezar a pagarla. Esto podría pasar 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 actualmente usted paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y reúne los requisitos necesarios para recibir "Ayuda Complementaria" durante el año, estaría en condiciones de dejar de pagar la multa.
- 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.

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.

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 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, notifíqueselo 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

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de Blue Shield 65 Plus (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 65 Plus. Será un placer ayudarlo.

Modo de contacto	Información de contacto de Atención al Cliente
TEL.	(800) 776-4466 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 65 Plus P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB	**blueshieldca.com/medicare**

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

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. 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 sobre su atención médica
TEL.	(800) 776-4466 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 65 Plus P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB	**blueshieldca.com/medicare**

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

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 presentar una apelación 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)*.

Modo de contacto	Información de contacto para presentar apelaciones sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D
TEL.	(800) 776-4466 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 65 Plus Appeals & Grievances Department P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB	**blueshieldca.com/medappeals**

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o los 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)*.

Modo de contacto	Información de contacto para presentar quejas sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D
TEL.	(800) 776-4466 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 65 Plus Appeals & Grievances Department P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
SITIO WEB DE MEDICARE	Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield 65 Plus 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)*.

Modo de contacto	Información de contacto para solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D
TEL.	(800) 776-4466 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 65 Plus 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*.

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.

Modo de contacto	Información de contacto para presentar solicitudes de pago
TEL.	(800) 776-4466 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. Las llamadas a este número son gratis.
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.
Modo de contacto	**Información de contacto para presentar solicitudes de pago por atención médica**
FAX	(877) 251-6671
CORREO	Blue Shield 65 Plus 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 65 Plus: • **Infórmele su queja a Medicare:** Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield 65 Plus 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	www.livantaqio.com

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 Medicaid

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. Algunas personas que tienen Medicare también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a Medicaid.

Los programas ofrecidos por medio de Medicaid ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas de Medicare. Entre estos “Programas de Ahorro de Medicare” se incluyen los siguientes:

- **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 que son QMB también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medicaid [QMB+]).
- **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 que son SLMB también reúnen los requisitos necesarios para obtener acceso a los beneficios integrales de Medicaid [SLMB+]).
- **Individuo que cumple con los requisitos (Qualified Individual, QI):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte B.
- **Individuos discapacitados que actualmente trabajan y cumplen con los requisitos (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Brinda ayuda para pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la oficina de Medi-Cal de su localidad o con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (California Department of Health Care Services).

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

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.

Programa de “Ayuda Complementaria” de Medicare

Medicare brinda “Ayuda Complementaria” para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si cumple con los requisitos exigidos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Complementaria” también cuenta para sus costos de bolsillo.

Si usted cumple automáticamente con los requisitos exigidos para recibir la “Ayuda Complementaria”, Medicare le enviará una carta por correo postal, por lo que no deberá solicitarla. Si no cumple automáticamente con los requisitos exigidos, es posible que pueda obtener “Ayuda Complementaria” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos

recetados. Para saber si cumple con los requisitos para obtener "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 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 (solicitudes).
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para ver la información de contacto).

Si usted considera que cumple con los requisitos para recibir "Ayuda Complementaria" y 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.

- Para solicitar asistencia a fin de obtener pruebas de su nivel de copago apropiado, puede llamar a Atención al Cliente. (Los números de teléfono están en la contracubierta de este documento). De esta manera, podremos enviarle por correo postal o por fax una lista de documentos aceptables como pruebas o leerle la lista por teléfono. Una vez que obtenga las pruebas, o si ya las tiene, puede enviárnoslas por fax al (877) 251-6671 o por correo postal a Blue Shield 65 Plus, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
- 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.

¿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 incluidos 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 visitando el sitio web del programa en https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

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, notifíquele 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, comuníquese con el ADAP de California llamando al (844) 421-7050, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., o bien visite 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.	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratis. 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. 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.
TTY	1-312-751-4701 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 *no* son gratis.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/de la unión o a Atención al Cliente para obtener respuesta a sus preguntas. Puede hacer preguntas sobre los beneficios, las primas o el período de inscripción del plan de salud de su empleador o grupo para jubilados (o los de su cónyuge). (Los números de teléfono de Atención al Cliente están en la contracubierta de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para hacer preguntas acerca de su cobertura de Medicare con este plan.

Si 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 de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

CAPÍTULO 3:
Usar el plan para recibir los servicios médicos

SECCIÓN 1 Aspectos que debe tener en cuenta para recibir atención médica 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. 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 está cubierta 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.
- 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 cubierta por el plan

Debido a que es un plan de salud de Medicare, Blue Shield 65 Plus debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe respetar las normas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, Blue Shield 65 Plus 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).

- **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. En este caso, usted pagará la misma cantidad que debería pagar si recibiera la atención 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

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

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

Al convertirse en miembro de Blue Shield 65 Plus, 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 65 Plus: 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 65 Plus, 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.

Una vez inscrito en el plan, le enviaremos una tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield 65 Plus. Su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield 65 Plus 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 65 Plus con el nombre y número de teléfono de su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica 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.

- 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 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. Si eso pasa, su PCP lo derivará al proveedor fuera de la red. Asegúrese de obtener una derivación (aprobación por adelantado) de su PCP antes de acudir a un proveedor fuera 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 65 Plus.

¿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.

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**.

Nuestro plan cubre la atención urgente y de emergencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos y sus territorios en las siguientes circunstancias, con un límite anual combinado en dólares de $10,000. 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.

Si necesita servicios urgentemente necesarios 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 una cantidad superior al costo compartido de su plan 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.

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

Blue Shield 65 Plus 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.

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.

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 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 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 ¿Pasará 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 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 65 Plus, 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 realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de volver a Medicare Original 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 65 Plus 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 65 Plus 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 65 Plus. 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).

La mayoría de las personas que cumplen con los requisitos para recibir Medicaid o para participar en el programa Beneficiario de Medicare que cumple con los requisitos (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no deberán pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de presentarle a su proveedor una prueba que demuestre que usted cumple con los requisitos para recibir Medicaid o participar en el programa QMB, si corresponde.

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?

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite para la cantidad total que debe pagar como gastos de bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red 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 $2,900.

Las cantidades que usted paga en concepto de copagos y coseguros por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para esta cantidad máxima de gastos de bolsillo. Las cantidades que usted paga 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 $2,900, no tendrá que pagar ningún costo de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que 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 65 Plus, 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 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.

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 65 Plus 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 (†).

Información adicional importante que debe conocer sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. En el caso de algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En el caso de otros, usted paga *menos.* (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.

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
Abandono del cigarrillo y el tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: 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. 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: 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para el abandono del cigarrillo y el tabaco.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen: Se cubren hasta 12 visitas en un plazo de 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias: Para los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico: • 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. 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. Si el paciente no mejora o sufre un retroceso, el tratamiento debe descontinuarse. Requisitos relacionados con los proveedores: 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. 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:	Usted paga $0 para todos los servicios cubiertos por Medicare.

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 65 Plus o visitar blueshieldca.com/find-a-doctor para encontrar un proveedor participante de ASH Plans.	

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios que: • son brindados por un proveedor idóneo para brindar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar un problema de salud de 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. Los síntomas médicos pueden incluir una enfermedad, una lesión, dolor intenso o un problema de salud que empeora rápidamente. 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. Cobertura mundial.* * Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	Usted paga $125 por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud). Usted tiene un límite anual combinado de $10,000 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. 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 recibir la atención como paciente internado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo será el mismo costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: 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.	Usted paga $30 por cada visita de terapia individual o grupal.
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	• Usted paga $5 por visita.
• 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.	• Usted paga $0.
• Para las personas con diabetes, las pruebas de detección de retinopatía diabética están cubiertas una vez por año.	• Usted paga $0.
• 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).	• Usted paga $0.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor de la red)* NO se necesita una autorización previa (aprobación por adelantado). 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). Los servicios cubiertos incluyen: • Examen de la vista de rutina, que incluye refracción y receta de lentes para anteojos. Si el proveedor recomienda procedimientos adicionales, usted es responsable de pagar los costos adicionales. Los exámenes para lentes de contacto requieren el pago de tarifas adicionales. Usted tiene la responsabilidad de pagar el costo adicional. • Armazones y lentes para anteojos (incluidos los lentes simples, bifocales con línea divisoria, trifocales con línea divisoria y lenticulares) o lentes de contacto. * Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	• Usted paga $10 por un examen cada 12 meses cuando acude a un proveedor de la red. • Usted paga $20 por armazones para anteojos (cuyo valor habitual al por menor sea de hasta $180) cada 24 meses cuando acude a un proveedor de la red. Si escoge armazones para anteojos de más de $180, usted es responsable de pagar la diferencia. • Usted paga $20 ya sea por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) **O** por lentes de contacto (cuyo valor sea de hasta $180, incluidos los servicios y los materiales). Si elige lentes de contacto cuyos servicios y materiales tienen un valor superior a $180, usted será responsable por la diferencia.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de la vista no cubierta por Medicare (obtenida de un proveedor fuera de la red)* Si usted prefiere, puede acudir a un optometrista o a un óptico que no sean proveedores de la red de Blue Shield 65 Plus. Sin embargo, es posible que no obtenga los mismos servicios de un proveedor de la red y de un proveedor fuera de la red. Si escoge un proveedor fuera de la red, puede recibir un reembolso parcial por los servicios prestados, a menos que ya haya alcanzado su límite de beneficios para el servicio de la vista que desea recibir. Comuníquese con Atención al Cliente para solicitar un formulario de reembolso y para obtener más información acerca de cómo solicitar un reembolso. NO se necesita una autorización previa.	
• Examen de la vista de rutina, refracción y receta de lentes para anteojos.	• Usted recibe un reembolso de hasta $30 por un examen cada 12 meses.
• Armazones y lentes para anteojos, incluidos los lentes simples, bifocales, trifocales y lenticulares o lentes de contacto.	• Usted recibe un reembolso de hasta $35 por un par de armazones para anteojos cada 24 meses.
* Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	• Usted recibe un reembolso de hasta $35 ya sea por un par de lentes para anteojos recetados (independientemente del aumento o del tamaño) **O** lentes de contacto cada 12 meses.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención de una agencia de la salud en el hogar 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. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Usted paga $0 por cada visita de atención de la salud en el hogar cubierta por Medicare.
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"). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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, de los glóbulos rojos concentrados y del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre utilizada.	Por cada estadía en un centro de enfermería especializada certificado por Medicare, usted paga: • $0 por día para los días 1 a 20 • $100 por día para los días 21 a 100 Si se pasa del límite de 100 días, deberá hacerse cargo de todos los costos. Cuando un proveedor de la red coordina su admisión, Blue Shield 65 Plus no aplica el requisito de 3 días previos de hospitalización que exige Medicare a fin de tener derecho a la cobertura.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • 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. 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 pague un costo compartido de la red en un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta las cantidades que nuestro plan ofrece como pago. • 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.	

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados 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. No hay ningún límite para la cantidad de días de hospitalización. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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.	Para cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga: • $75 por día para los días 1 a 5 • $0 por día desde el día 6 en adelante 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.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o encontrarse fuera del área de servicio. 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 65 Plus 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, de los glóbulos rojos concentrados y del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre 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").	

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención paliativa 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. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar. Cuando lo admiten en un centro de atención paliativa, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer, deberá seguir pagando las primas del plan. <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, y por cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado 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.	Cuando usted se inscribe en un programa de atención paliativa certificado por Medicare, Medicare Original (no Blue Shield 65 Plus) paga por sus servicios de atención paliativa y de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga $0 por los servicios de consulta de atención paliativa (una única vez).

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Atención paliativa (continuación) 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: 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). • 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 65 Plus, pero que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Blue Shield 65 Plus 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. 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.	

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios brindados en hospitales para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **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".	Usted paga $50 por visita a un centro quirúrgico ambulatorio. Usted paga $200 por visita a un hospital para pacientes ambulatorios.
Dispositivos protésicos y suministros relacionados 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.	Usted paga 20 % de coseguro.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes, y servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que padecen diabetes (usuarios y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen: • 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. El fabricante preferido de las tiras reactivas y los medidores de glucemia es Roche Diagnostics. 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 ACCU-CHEK® (fabricados por Roche Diagnostics). 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.	Usted paga $0 por el entrenamiento, los servicios y los suministros, excepto los medidores de glucemia. Para obtener información sobre los medidores de glucemia, consulte la sección “Equipos médicos duraderos y suministros relacionados” en este Cuadro de Beneficios Médicos.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Equipos médicos duraderos (DME, por sus siglas en inglés) y suministros relacionados (Para obtener una definición de "equipos médicos duraderos", consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento). 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. 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 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.	Usted paga 20 % de coseguro. Medidores de glucemia: ● Usted paga $0 por los medidores ACCU-CHEK®. ● Usted paga 20 % de coseguro por los medidores de glucemia de cualquier otro fabricante. Consulte la sección "Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare" en este Cuadro de Beneficios Médicos para obtener más información sobre los medicamentos que se administran mediante equipos médicos duraderos.
Examen físico anual 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. 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. * Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	Usted paga $0.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Inmunizaciones Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen: • 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. También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Internación: servicios cubiertos recibidos en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía no cubierta en un SNF Si usted ha agotado sus beneficios de centros de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés) o si la estadía en un SNF no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía en dicho SNF. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que usted reciba mientras permanezca en el SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	
• Servicios del médico.	• Usted paga $0 por cada visita al PCP y $5 por cada visita al especialista.
• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio).	• Usted paga $0.
• Radiografías, radioterapia y terapia con isótopos, incluidos los materiales y servicios de los técnicos.	• Consulte “Servicios y suministros terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios”.
• Vendajes quirúrgicos.	• Usted paga $0 por los artículos cubiertos por Medicare.
• Tablillas, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir las fracturas y las dislocaciones.	• Usted paga $0 por los artículos cubiertos por Medicare.
• 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.	• Usted paga 20 % de coseguro.
• 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.	• Usted paga 20 % de coseguro.
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.	• Usted paga $25 por visita.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare 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: • 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 médicamente 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. También cubrimos algunas vacunas mediante nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D. 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.	Usted paga 20 % de coseguro. Para saber el costo exacto, puede comunicarse con Atención al Cliente al número que está en su tarjeta de identificación del plan.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Medición de la masa ósea 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios 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. 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.	Usted paga $0.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Observación hospitalaria de pacientes ambulatorios (continuación) **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.	
Programa de Medicare para la Prevención de la Diabetes (MDPP, por sus siglas en inglés) 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. 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio del MDPP.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Programas de educación para la salud y el bienestar*	
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. Llame al 1-877-304-0504 (TTY: 711) durante las 24 horas, cualquier día de la semana.	Usted paga $0.
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 participantes[1]. Tiene acceso a instructores que dirigen clases de ejercicios físicos grupales especialmente diseñadas[2]. En los centros participantes de todo el país[1], puede tomar clases[2] 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 (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 Stitch[3], 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 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.** [1]Tivity Health, Inc. o sus compañías afiliadas no operan los centros participantes (PL, por sus siglas en inglés) ni son sus propietarias.	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)* 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. [2]La 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. [3]Stitch 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. * Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	
Prueba de enfermedad cardiovascular 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).	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.
Pruebas de detección de aneurisma de aorta abdominal 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.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que reúnan los requisitos necesarios para obtener esta prueba de detección preventiva.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para la prevención de ITS 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. 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de detección de ITS y el asesoramiento sobre ITS preventivos cubiertos por Medicare.
Pruebas de detección de la depresión 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual de la prueba de detección de la depresión.
Pruebas de detección de la diabetes 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. 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de detección de la obesidad y terapia para promover el mantenimiento de la pérdida de peso 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.	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles para la prueba de detección de la obesidad y la terapia con fines preventivos.
Pruebas de detección del cáncer colorrectal Los siguientes servicios están cubiertos para las personas de 50 años en adelante: • Sigmoidoscopia flexible (o enema opaco de detección como alternativa) cada 48 meses. Uno de los siguientes servicios está cubierto cada 12 meses: • 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). Prueba de ADN para la detección del cáncer colorrectal, cada 3 años. Para las personas que corren un riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección (o enema opaco de detección como alternativa) cada 24 meses. Para las personas que no corren un riesgo elevado de padecer cáncer colorrectal, cubrimos: • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no en el transcurso de los 48 meses posteriores a haberse realizado una sigmoidoscopia.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para una prueba de detección del cáncer colorrectal o un enema opaco cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, se cubren los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Examen de tacto rectal. • Prueba de antígenos específicos de la próstata (PSA, por sus siglas en inglés). Usted puede obtener estos servicios sin derivación de su PCP, siempre y cuando los obtenga mediante un proveedor de la red.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la PSA anual ni para el examen de tacto rectal.
Pruebas de detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT, por sus siglas en inglés) Para las personas que cumplen con los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros que reúnen los requisitos necesarios son:** personas de 50 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 20 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. *Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de una prueba de detección con LDCT inicial:* los miembros deben 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las visitas de asesoramiento y toma de decisiones en conjunto cubiertas por Medicare ni para la LDCT.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Pruebas de detección del cáncer de seno (mamografía) Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para las mamografías de detección cubiertas.
Pruebas de detección del cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para los exámenes ginecológicos y las pruebas de Papanicolaou de prevención cubiertos por Medicare.
Pruebas de detección del VIH 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: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para las mujeres embarazadas, cubrimos: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	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.
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol 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. 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.	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.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de ambulancia • 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 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.	Usted paga $200 por traslado en una sola dirección para los servicios de ambulancia por tierra cubiertos por Medicare. Usted paga 20 % de coseguro por traslado en una sola dirección para los servicios de ambulancia por aire cubiertos por Medicare. 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. Es posible que reciba una factura por el costo completo del servicio de ambulancia. Si esto pasa, simplemente envíe la factura a: Blue Shield 65 Plus Customer Care P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856 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.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de audición 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. Pruebas de audición de rutina no cubiertas por Medicare (se requiere aprobación previa de su PCP).* * Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	Usted paga $0 por visita si se brindan en el consultorio de su PCP. Usted paga $5 por visita si se brindan en el consultorio de un especialista.
Servicios de hospitalización parcial 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.	Usted paga $30 por visita.
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • 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.	• Usted paga $5 por cada visita cubierta por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
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: • 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	Usted paga $0.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación	Usted paga $5 para todos los servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de rehabilitación cardíaca 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.	Usted paga $20 por visita.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se 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).	Usted paga $25 por visita.
Servicios de rehabilitación pulmonar 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.	Usted paga $20 por visita.
Servicios de telesalud adicionales Teladoc ofrece consultas al Médico por teléfono o por video durante las 24 horas, cualquier día de la semana, los 365 días del año. 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. * Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	Usted paga $0.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios

Servicios de un médico, incluidas las visitas al consultorio médico
Los servicios cubiertos incluyen:
• 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.
  o 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.
  o 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.
	Por todos los servicios cubiertos:
	
	Usted paga $0 por visita si los brinda su PCP. (Para las visitas a su PCP, NO se necesita autorización previa).
	
	Usted paga $5 por visita si se brindan a través de un especialista.

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: o Usted tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud o Usted tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud o 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**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La consulta no está relacionada con una visita al consultorio realizada durante los 7 días anteriores **y** o 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:** o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio realizada durante los 7 días anteriores **y** o 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. • 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).	

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: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios.	• Usted paga $125 por visita a una sala de emergencias (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud). Usted paga $200 por visita a un hospital para pacientes ambulatorios. Usted paga $0 por los servicios de observación cubiertos por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.	• Usted paga $0.
• 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.	• Usted paga $30 por visita.
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	• Consulte "Servicios y suministros terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios".
• Suministros médicos, como tablillas y yesos.	• Usted paga $0 por los artículos cubiertos por Medicare.
• Ciertos servicios preventivos y de detección.	• Usted paga $0.
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no puede autoadministrarse.	• Usted paga 20 % de coseguro.
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.	

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de la salud mental que requieren una hospitalización. Medicare cubre hasta 90 días de hospitalización médicamente necesaria. 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. Medicare cubre hasta 40 días adicionales en un hospital psiquiátrico. Los 40 días adicionales en un hospital Psiquiátrico 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. El uso anterior cubierto por Medicare está incluido en el máximo vitalicio. (Esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original).	Para cada estadía cubierta por Medicare en un hospital de la red, usted paga: • $900 por estadía para los días 1 a 150. • El 100 % del costo de la hospitalización para los días 151 en adelante.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen:	
• 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.	• Usted paga $0 por visita si se brindan en el consultorio de su PCP. Usted paga $5 por visita si se brindan en el consultorio de un especialista.
• 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).	• Usted paga 10 % de coseguro por cada tratamiento facturado por un proveedor de diálisis idóneo y aprobado por Medicare. Usted paga 20 % de coseguro por cualquier medicamento que se utilice durante el procedimiento.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si lo admiten en el hospital como paciente internado para recibir atención especializada).	• 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.
• 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).	• Usted paga 10 % de coseguro por el entrenamiento para el autotratamiento de diálisis.
• Equipos y suministros de diálisis en el hogar.	• Usted paga 20 % de coseguro.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)	
• 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). 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”.	• Usted paga 20 % de coseguro.
Servicios por abuso de sustancias adictivas para pacientes ambulatorios 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.	Usted paga $30 por visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios urgentemente necesarios 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. Cobertura mundial.* * Los servicios no cuentan para el límite de gastos de bolsillo máximo del plan.	Usted paga $10 por visita a un centro de atención urgente de la red dentro del área de servicio de su plan (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud). Usted paga $10 por visita a un centro de atención urgente ubicado fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud). Usted paga $125 por cada visita a una sala de emergencias fuera del área de servicio de su plan, pero dentro de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud).

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios urgentemente necesarios (continuación)	
	Usted paga $125 por cada visita a una sala de emergencias o a un centro de atención urgente ubicados fuera de los Estados Unidos y sus territorios (no se aplica si lo admiten en el hospital en el plazo de un día por el mismo problema de salud). Usted tiene un límite anual combinado de $10,000 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.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Servicios y suministros terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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, de los glóbulos rojos concentrados y del resto de los componentes de la sangre empieza con la primera pinta de sangre utilizada. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	Lo que usted paga depende del tipo de servicio recibido. 1) Usted paga $0 por pruebas de diagnóstico básicas, servicios de radiografía, electrocardiogramas, suministros, análisis de sangre y servicios de laboratorio. 2) Usted paga $30 por cada servicio de radiología de diagnóstico. Los servicios de radiología de diagnóstico incluyen, entre otros, ecografías, imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones, estudios de medicina nuclear, tomografías computarizadas, pruebas de esfuerzo cardíaco, tomografías computarizadas por emisión de fotón único, mielogramas, cistogramas y angiogramas. El copago se aplica únicamente a los componentes globales, técnicos y profesionales de los servicios de radiología de diagnóstico. 3) Usted paga 20 % de coseguro por los servicios de radiología terapéutica. Los servicios de radiología terapéutica incluyen, entre otros, terapia de radiación, radioterapia y terapia con isótopos. El 20 % de coseguro se aplica a los componentes globales, técnicos y profesionales de los servicios de radiología terapéutica.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Terapia de Ejercicio Supervisado (SET, por sus siglas en inglés) 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. Si se cumplen con los requisitos del programa SET, se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas. El programa SET debe: • 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. 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.	Usted paga $20 por visita.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Tratamiento de infusión en el hogar 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados según el plan de atención • Entrenamiento y educación de pacientes no cubiertas 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	Usted paga $0 por cada visita de tratamiento de infusión en el hogar cubierta por Medicare.
Tratamiento médico de nutrición 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. 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.	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.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que debe pagar cuando recibe estos servicios
Visita anual relativa al bienestar 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. **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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual relativa al bienestar.
Visita para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular) 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.	No hay coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio de la terapia conductual intensiva orientada a la prevención de enfermedades cardiovasculares.
Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (Welcome to Medicare) 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. **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".	No hay coseguros, copagos ni deducibles para la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".

Sección 2.2 Beneficios "opcionales suplementarios" que puede adquirir

Nuestro plan ofrece algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Medicare Original ni se incluyen en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se denominan **"beneficios opcionales suplementarios"**. Si desea obtener estos beneficios opcionales suplementarios, debe inscribirse en ellos, y es posible que deba pagar una prima adicional para recibirlos. Los beneficios opcionales suplementarios descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de presentación de apelaciones que los otros beneficios.

Blue Shield ofrece 2 planes dentales opcionales suplementarios a los Miembros de Blue Shield 65 Plus. Los miembros pueden elegir entre un plan dental HMO opcional suplementario y un plan dental PPO opcional suplementario. ¿No está seguro de qué plan elegir? A continuación, encontrará una breve descripción de las dos opciones de planes:

- El plan HMO tiene una Prima mensual más baja de $12.50 y ofrece costos de bolsillo definidos para el Miembro.
- El plan PPO le permite elegir entre dentistas de la red y dentistas fuera de la red, pero deberá pagar una Prima mensual más alta de $42.30.

Consejo: Usted cuenta con varias opciones para pagar su Prima. Puede consultarlas en la Sección 4.2 del Capítulo 1.

Planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios de Blue Shield 65 Plus

Los planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios de Blue Shield 65 Plus son administrados 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. El DPA también tiene contrato con Blue Shield para encargarse de la administración y el procesamiento de reclamaciones por servicios recibidos de dentistas fuera de la red.

Inscripción en un plan dental HMO o PPO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus

Para inscribirse en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario, debe haber indicado que decidió adquirir uno de estos planes en su formulario de inscripción al momento de inscribirse en Blue Shield 65 Plus. Para inscribirse en el plan dental HMO opcional suplementario, debe haber seleccionado un dentista de la red incluido en la lista de dentistas que está en el Directorio de Proveedores y haber indicado su decisión en el formulario de inscripción al momento de inscribirse. Con el plan dental PPO opcional suplementario, no es necesario que seleccione un dentista de la red para poder inscribirse. Si ya es Miembro de Blue Shield 65 Plus, puede llamar a Atención al Cliente (cuyo número está en la contracubierta de este documento) y solicitar un formulario de inscripción para añadir la cobertura del plan dental HMO o PPO opcional suplementario. Puede añadir esta cobertura por primera vez en cualquier momento del año.

Cambio de la inscripción entre los planes dentales HMO o PPO opcionales suplementarios de Blue Shield 65 Plus

Si actualmente está inscrito en un plan dental opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus, tiene la opción de cambiarse a otro plan dental opcional suplementario de Blue Shield. Durante el Período de Inscripción Anual (AEP, por sus siglas en inglés), que es del 7 de octubre al 15 de diciembre, usted puede pasarse del plan dental HMO opcional suplementario al plan dental PPO opcional suplementario, o bien del plan dental PPO opcional suplementario al plan dental HMO opcional suplementario, para que este cambio se aplique a partir del 1 de enero.

Para cambiar su inscripción fuera del AEP, debe seguir estas pautas:

- Para cambiarse al plan dental PPO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus fuera del AEP, debe haber estado inscrito de manera ininterrumpida en el plan dental HMO opcional suplementario durante 6 meses, permanecer inscrito en Blue Shield 65 Plus y seguir pagando su Prima mensual del plan dental opcional suplementario. Debe completar y enviar una nueva solicitud para el plan dental PPO opcional suplementario.

- Para cambiarse al plan dental HMO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus fuera del AEP, debe haber estado inscrito de manera ininterrumpida en el plan dental PPO opcional suplementario durante 12 meses, permanecer inscrito en Blue Shield 65 Plus y seguir pagando su Prima mensual del plan dental opcional suplementario. Debe completar y enviar una nueva solicitud para el plan dental HMO opcional suplementario.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo inscribirse en un plan dental opcional suplementario o cómo cambiar de un plan dental opcional suplementario a otro, llame a Atención al Cliente (los números de teléfono están en la contracubierta de este documento).

Solicitud de cancelación de la inscripción en un plan dental HMO o PPO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus

Puede solicitar la cancelación de la inscripción en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario en cualquier momento durante el año. Puede enviarnos por correo postal o por fax una carta firmada mediante la que solicite la cancelación de la inscripción en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario, o bien puede llamar a Atención al Cliente para solicitar un formulario de cancelación de la inscripción. En la carta, debe expresar claramente su deseo de cancelar su inscripción en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario. Además, debe incluir su nombre en letra de imprenta y su número de identificación de membresía, tal como aparecen en la tarjeta de identificación de Miembro. Las solicitudes de cancelación de la inscripción recibidas antes del último día del mes tendrán validez a partir del primer día del mes posterior. Los miembros serán responsables del pago de la Prima del plan dental HMO o PPO opcional suplementario si la solicitud de cancelación de la inscripción se recibe después del último día del mes.

Asimismo, podremos cancelar su inscripción en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario si usted no paga su Prima mensual obligatoria antes del vencimiento. La prima del plan debe pagarse, a más tardar, el último día del mes anterior al mes correspondiente a su período de cobertura. Si no recibimos el pago de su Prima antes del último día del mes, le enviaremos un aviso para informarle que daremos por terminada su membresía en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario si no recibimos los pagos de todas las Primas adeudadas en el transcurso de un período de gracia de 3 meses. Usted será responsable de la Prima acumulada durante este período de gracia de 3 meses.

Al momento de dar por terminada su membresía en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario, es posible que aún nos adeude Primas que no haya pagado. Usted deberá pagar la cantidad que adeuda antes de poder reinscribirse en dicho plan.

En el término de los 10 días calendario posteriores a la fecha en que se otorgó la cancelación de la inscripción, le enviaremos un aviso para confirmarle que se ha dado por terminada la cobertura, con la fecha específica en que terminó la cobertura.

La cancelación de la inscripción en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario no provocará la cancelación de la inscripción en Blue Shield 65 Plus. La falta de pago de las Primas del plan dental HMO o PPO opcional suplementario no provocará la cancelación de la inscripción en Blue Shield 65 Plus, sino solo la pérdida de dicho plan dental.

Reinscripción

Si cancela su inscripción en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario, deberá esperar 6 meses para poder reinscribirse.

Reembolso de una Prima

Los miembros inscritos en el plan dental HMO o PPO opcional suplementario están sujetos a una Prima mensual del plan y tienen derecho a recibir un reembolso por los pagos en exceso de las Primas del plan que hayan realizado durante el transcurso del año o en el momento de la cancelación de la inscripción. Los pagos en exceso de las Primas del plan dental HMO o PPO opcional suplementario se reembolsarán cuando usted lo solicite o al momento de la cancelación de la inscripción. Le reembolsaremos los pagos en exceso en un plazo de 30 días hábiles a partir de la notificación.

Cuadro de Beneficios de los planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios: lo que está cubierto y lo que debe pagar

En el siguiente ***Cuadro de Resumen de Beneficios***, se indican los procedimientos dentales específicos cubiertos por los planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios y lo que usted deberá pagar por dichos procedimientos. 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. Además, en el caso específico del plan dental HMO opcional suplementario, la derivación a un especialista dental

está limitada únicamente a aquellos procedimientos que no puedan ser realizados por un dentista general contratado, según lo determine el director de servicios dentales antes de la prestación del servicio. Como Miembro del plan dental PPO opcional suplementario, puede ir directamente a un especialista dental sin necesidad de obtener una derivación.

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

Es posible que no todos los procedimientos sean apropiados para todas las personas. En algunos casos, puede haber más de un procedimiento o una opción adecuados para tratar una enfermedad dental. Consulte nuestra "Disposición sobre Beneficios Alternativos" para obtener más información.

Algunos servicios dentales no tienen cobertura de los planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios 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.

Cuando haya documentación que demuestre que alguno de los siguientes problemas de salud existía al comienzo del tratamiento, o que existían problemas de salud emergentes durante la preparación de un diente específico, el tratamiento quedará sujeto a la revisión de la documentación por parte de un director dental del Plan.

Se brindarán beneficios para procedimientos dentales específicos, necesarios para tratar las enfermedades dentales agudas especificadas, ya sean emergentes, dolorosas o infecciosas, 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 de los códigos ADA para informar procedimientos dentales. La ADA puede cambiar los códigos de procedimiento de vez en cuando. El plan puede

cambiar este código según lo que exija la ley. Si desea obtener una lista de códigos ADA actualizada, puede comunicarse sin cargo con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(888) 679-8928** [TTY: **711**], de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto días feriados).

Cuadro de Resumen de Beneficios

	Plan dental HMO	**Plan dental PPO**	
Acceso a la red	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
Deducible por año calendario por Miembro (no se aplica a los servicios Preventivos y de Diagnóstico brindados por dentistas de la red y fuera de la red)	Ninguno	$50	
Cantidad máxima por año calendario por Miembro	$1,000 para los servicios de endodoncia, periodoncia y cirugía bucodental cuando los brinda un especialista dental de la red. Usted debe pagar cualquier cantidad que supere la cantidad máxima de beneficios por año calendario de $1,000.	$1,500 por los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos combinados, independientemente de si los servicios son brindados por un dentista general de la red o un especialista dental. De esta cantidad máxima, se puede usar hasta $1,000 para los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos brindados por dentistas fuera de la red en un año calendario. Usted debe pagar cualquier cantidad que supere la cantidad máxima de beneficios por año calendario de $1,500.	

No hay períodos de espera para ninguno de los servicios cubiertos por los planes dentales HMO o PPO opcionales suplementarios.

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
Servicios de diagnóstico				
D0120	Examen bucodental periódico; paciente existente	$0	0 %	20 %
D0140	Examen bucodental limitado; por un problema específico	$0	0 %	20 %
D0150	Examen bucodental completo; paciente nuevo o existente	$5	0 %	20 %
D0160	Examen bucodental amplio y detallado; por un problema específico; por informe	$0	0 %	20 %
D0170	Segundo examen; limitado, por un problema específico (visita que no es posoperatoria)	$0	0 %	20 %
D0180	Examen periodontal completo; paciente nuevo o existente	$5	0 %	20 %
D0210	Radiografía intrabucal; serie completa (incluidas aletas de mordida)	$0	0 %	20 %
D0220	Radiografía intrabucal; primera radiografía (periapical)	$0	0 %	20 %
D0230	Radiografía intrabucal; cada radiografía adicional (periapical)	$0	0 %	20 %
D0240	Radiografía intrabucal; radiografía oclusal	$0	0 %	20 %
D0250	Radiografía extrabucal; primera radiografía	$0	0 %	20 %
D0270	Aleta de mordida; 1 radiografía	$0	0 %	20 %
D0272	Aleta de mordida; 2 radiografías	$0	0 %	20 %
D0273	Aleta de mordida; 3 radiografías	$0	0 %	20 %
D0274	Aleta de mordida; 4 radiografías	$0	0 %	20 %
D0277	Aleta de mordida vertical; de 7 a 8 radiografías	$0	0 %	20 %
D0330	Radiografía panorámica	$0	0 %	20 %
D0460	Pruebas de vitalidad de la pulpa dentaria	$0	0 %	20 %
D0470	Moldes de yeso para diagnóstico	$10	0 %	20 %
D0701	Imagen radiográfica panorámica; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica en 2D; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D0706	Intrabucal oclusal; imagen radiográfica; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %
D0707	Intrabucal periapical; imagen radiográfica; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %
D0708	Intrabucal; imagen radiográfica de aletas de mordida; captura de imágenes únicamente. El eje de la imagen puede ser horizontal o vertical	$0	0 %	20 %
D0709	Intrabucal; serie completa de imágenes radiográficas; captura de imágenes únicamente	$0	0 %	20 %
D9310	Consulta; servicio de diagnóstico brindado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante	$0	20 %	30 %
D9995	Teleodontología, síncrona; encuentro en tiempo real	$0	0 %	20 %
D9996	Teleodontología, asíncrona; información almacenada y transmitida al dentista para su posterior revisión	$0	0 %	20 %
Servicios preventivos				
D1110	Profilaxis; adultos	$5	0 %	20 %
D1206	Tratamiento tópico con barniz de flúor	$0	0 %	20 %
D1310	Asesoramiento sobre nutrición para el control de enfermedades dentales	$0	0 %	20 %
D1330	Enseñanza de higiene bucodental	$0	0 %	20 %
D1351	Sellador; por diente	$5	0 %	20 %
Servicios de restauración simples				
D2140	Amalgama; 1 superficie, diente temporal o definitivo	$8	20 %	30 %
D2150	Amalgama; 2 superficies, diente temporal o definitivo	$10	20 %	30 %
D2160	Amalgama; 3 superficies, diente temporal o definitivo	$15	20 %	30 %
D2161	Amalgama; 4 o más superficies, diente temporal o definitivo	$18	20 %	30 %
D2330	Resina compuesta; 1 superficie, anterior	$11	20 %	30 %
D2331	Resina compuesta; 2 superficies, anterior	$17	20 %	30 %
D2332	Resina compuesta; 3 superficies, anterior	$19	20 %	30 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D2335	Resina compuesta; 4 o más superficies o que incluye ángulo incisal, anterior	$19	20 %	30 %
D2391	Resina compuesta; 1 superficie, posterior	$50	Sin cobertura	Sin cobertura
D2392	Resina compuesta; 2 superficies, posterior	$60	Sin cobertura	Sin cobertura
D2393	Resina compuesta; 3 superficies, posterior	$70	Sin cobertura	Sin cobertura
D2394	Resina compuesta; 4 o más superficies, posterior	$80	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de restauración mayores				
D2510	Incrustación metálica; 1 superficie	$50	50 %	50 %
D2520	Incrustación metálica; 2 superficies	$70	50 %	50 %
D2530	Incrustación metálica; 3 o más superficies	$90	50 %	50 %
D2543	Recubrimiento metálico; 3 superficies	$110	50 %	50 %
D2544	Recubrimiento metálico; 4 o más superficies	$115	50 %	50 %
D2710	Corona; resina compuesta (indirecta)	$95	50 %	50 %
D2712	Corona; ¾ de resina compuesta (indirecta)	$95	50 %	50 %
D2720	Corona; resina con metal muy noble	$122	50 %	50 %
D2721	Corona; resina principalmente con metal base	$122	50 %	50 %
D2722	Corona; resina con metal noble	$122	50 %	50 %
D2740	Corona; porcelana/cerámica	$275	50 %	50 %
D2750	Corona; porcelana fundida con metal muy noble	$275	50 %	50 %
D2751	Corona; porcelana fundida principalmente con metal base	$275	50 %	50 %
D2752	Corona; porcelana fundida con metal noble	$275	50 %	50 %
D2753	Corona; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$275	50 %	50 %
D2780	Corona; ¾ de molde de metal muy noble	$275	50 %	50 %
D2781	Corona; ¾ de molde principalmente con metal base	$275	50 %	50 %
D2782	Corona; ¾ de molde de metal noble	$275	50 %	50 %
D2790	Corona; molde completo de metal muy noble	$275	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D2791	Corona; molde completo principalmente de metal base	$275	50 %	50 %
D2792	Corona; molde completo de metal noble	$275	50 %	50 %
D2910	Recementado de incrustaciones, recubrimientos o restauración de cobertura parcial	$10	50 %	50 %
D2915	Recementado de perno y muñón colado o prefabricado	$10	50 %	50 %
D2920	Recementado de corona	$10	50 %	50 %
D2940	Restauración de protección	$0	50 %	50 %
D2950	Reconstrucción de muñones, incluidas las espigas	$30	50 %	50 %
D2951	Retención de espiga; por diente, con restauración	$5	50 %	50 %
D2952	Perno y muñón, con corona, fabricado indirectamente	$60	50 %	50 %
D2953	Cada perno adicional fabricado indirectamente, mismo diente	$60	50 %	50 %
D2954	Perno y muñón prefabricados, con corona	$35	50 %	50 %
D2960	Colocación de carillas dentales (laminado de resina) (directo)	$73	50 %	50 %
D2961	Colocación de carillas dentales (laminado de resina) (indirecto)	$122	50 %	50 %
D2962	Colocación de carillas dentales (laminado de porcelana) (indirecto)	$295	50 %	50 %
Servicios de endodoncia				
D3110	Recubrimiento (directo) de la pulpa dentaria, sin restauración final	$5	50 %	50 %
D3120	Recubrimiento (indirecto) de la pulpa dentaria, sin restauración final	$5	50 %	50 %
D3310	Tratamiento de endodoncia; diente anterior (sin restauración final)	$195/$268	50 %	50 %
D3320	Tratamiento de endodoncia; diente premolar (sin restauración final)	$250/$332	50 %	50 %
D3330	Tratamiento de endodoncia; diente molar (sin restauración final)	$335/$425	50 %	50 %
D3346	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; anterior	$195/$268	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D3347	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; bicúspide	$250/$332	50 %	50 %
D3348	Retratamiento por tratamiento de conducto radicular previo; molar	$335/$425	50 %	50 %
D3410	Apicectomía/cirugía perirradicular; anterior	$100	50 %	50 %
D3421	Apicectomía/premolar (primera raíz)	$195	50 %	50 %
D3425	Apicectomía/cirugía perirradicular; molar, primera raíz	$295	50 %	50 %
D3426	Apicectomía/cirugía perirradicular; molar, cada raíz adicional	$120	50 %	50 %
D3430	Empaste retrógrado; por raíz	$120	50 %	50 %
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, anterior	$100	50 %	50 %
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, premolar. Para cirugía en la raíz de dientes premolares. No incluye la colocación de la restauración.	$100	50 %	50 %
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción de la raíz, molar. Para cirugía en la raíz de dientes molares. No incluye la colocación de la restauración.	$100	50 %	50 %
D3911	Barrera intraorificio	$50	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios de periodoncia				
D4210	Gingivectomía/gingivoplastia; 4 o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$100	50 %	50 %
D4211	Gingivectomía/gingivoplastia; de 1 a 3 dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$20	50 %	50 %
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular; 4 o más dientes; por cuadrante	$168	50 %	50 %
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluido el alisado radicular; de 1 a 3 dientes; por cuadrante	$112	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D4260	Cirugía ósea (incluye incisión del colgajo y sutura); 4 o más dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$293	50 %	50 %
D4261	Cirugía ósea (incluye incisión del colgajo y sutura); de 1 a 3 dientes contiguos o espacios contiguos entre dientes; por cuadrante	$195	50 %	50 %
D4274	Procedimiento de cuña distal o proximal (cuando no se realiza junto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	$168	50 %	50 %
D4341	Raspado y alisado radicular periodontales; 4 o más dientes; por cuadrante	$45	50 %	50 %
D4342	Raspado y alisado radicular periodontales; de 1 a 3 dientes; por cuadrante	$45	50 %	50 %
D4346	Raspado en caso de inflamación gingival generalizada moderada o grave	$20	Sin cobertura	Sin cobertura
D4355	Desbridamiento completo de la boca para permitir un examen bucodental y un diagnóstico completos en una visita subsiguiente	$40	Sin cobertura	Sin cobertura
D4910	Mantenimiento periodontal	$20	50 %	50 %
Servicios de prótesis dentales extraíbles				
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar	$285	50 %	50 %
D5120	Dentadura postiza completa, mandibular	$285	50 %	50 %
D5130	Dentadura postiza inmediata, maxilar	$285	50 %	50 %
D5140	Dentadura postiza inmediata, mandibular	$285	50 %	50 %
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar, de resina (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes)	$149	50 %	50 %
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular, de resina (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes)	$149	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar; estructura de metal fundido con bases de la dentadura postiza de resina (incluidos los ganchos, soportes y dientes convencionales)	$310	50 %	50 %
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular; estructura de metal fundido con bases de la dentadura postiza de resina (incluidos los ganchos, soportes y dientes convencionales)	$185	50 %	50 %
D5221	Dentadura postiza parcial maxilar, inmediata, de resina	$300	Sin cobertura	Sin cobertura
D5222	Dentadura postiza parcial mandibular, inmediata, de resina	$300	Sin cobertura	Sin cobertura
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; una pieza de metal fundido (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes), maxilar	$185	50 %	50 %
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; una pieza de metal fundido (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes), mandibular	$185	50 %	50 %
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; una pieza de base flexible (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes), por cuadrante	$185	Sin cobertura	Sin cobertura
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble; una pieza de resina (incluidos los materiales retentivos/de sujeción, los soportes y los dientes), por cuadrante	$185	Sin cobertura	Sin cobertura
D5410	Ajuste de la dentadura postiza completa, maxilar	$10	50 %	50 %
D5411	Ajuste de la dentadura postiza completa, mandibular	$10	50 %	50 %
D5421	Ajuste de la dentadura postiza parcial, maxilar	$10	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D5422	Ajuste de la dentadura postiza parcial, mandibular	$10	50 %	50 %
D5511	Reparación del daño en la base de la dentadura postiza completa, mandibular	$21	50 %	50 %
D5512	Reparación del daño en la base de la dentadura postiza completa, maxilar	$21	50 %	50 %
D5520	Reemplazo de diente faltante o roto, dentadura postiza completa (cada diente)	$21	50 %	50 %
D5621	Reparación de estructura parcial fundida, mandibular	$22	50 %	50 %
D5622	Reparación de estructura parcial fundida, maxilar	$21	50 %	50 %
D5630	Reparación o reemplazo de materiales retentivos/de sujeción dañados; por diente	$25	50 %	50 %
D5640	Reemplazo de diente roto; por diente	$27	50 %	50 %
D5650	Agregado de diente a la dentadura postiza parcial existente	$25	50 %	50 %
D5660	Agregado de gancho a la dentadura postiza parcial existente	$33	50 %	50 %
D5670	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico de la estructura fundida, maxilar	$134	50 %	50 %
D5671	Reemplazo de todos los dientes y del acrílico de la estructura fundida, mandibular	$134	50 %	50 %
D5710	Reemplazo de la base de la dentadura postiza maxilar completa	$75	50 %	50 %
D5711	Reemplazo de la base de la dentadura postiza mandibular completa	$75	50 %	50 %
D5720	Reemplazo de la base de la dentadura postiza maxilar parcial	$67	50 %	50 %
D5721	Reemplazo de la base de la dentadura postiza mandibular parcial	$67	50 %	50 %
D5725	Reemplazo de la base de la prótesis híbrida	$75	50 %	50 %
D5730	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa (directo)	$35	50 %	50 %
D5731	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa (directo)	$35	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D5740	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial (directo)	$35	50 %	50 %
D5741	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial (directo)	$35	50 %	50 %
D5750	Realineación de la dentadura postiza maxilar completa (indirecto)	$59	50 %	50 %
D5751	Realineación de la dentadura postiza mandibular completa (indirecto)	$59	50 %	50 %
D5760	Realineación de la dentadura postiza maxilar parcial (indirecto)	$59	50 %	50 %
D5761	Realineación de la dentadura postiza mandibular parcial (indirecto)	$59	50 %	50 %
D5765	Revestimiento blando para dentadura postiza completa o parcial extraíble	$28	50 %	50 %
D5810	Dentadura postiza completa temporal, maxilar	$145	50 %	50 %
D5811	Dentadura postiza completa temporal, mandibular	$145	50 %	50 %
D5850	Acondicionamiento de tejidos, maxilar	$28	50 %	50 %
D5851	Acondicionamiento de tejidos, mandibular	$28	50 %	50 %
Servicios de prótesis dentales fijas				
D6205	Tramo de puente; resina compuesta indirecta	$150	50 %	50 %
D6210	Tramo de puente; molde de metal muy noble	$210	50 %	50 %
D6211	Tramo de puente; molde principalmente de metal base	$210	50 %	50 %
D6212	Tramo de puente; molde de metal noble	$210	50 %	50 %
D6240	Tramo de puente; porcelana fundida con metal muy noble	$210	50 %	50 %
D6241	Tramo de puente; porcelana fundida principalmente con metal base	$210	50 %	50 %
D6242	Tramo de puente; porcelana fundida con metal noble	$210	50 %	50 %
D6243	Tramo de puente; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$210	50 %	50 %
D6250	Tramo de puente; resina con metal muy noble	$210	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D6251	Tramo de puente; resina principalmente con metal base	$210	50 %	50 %
D6252	Tramo de puente; resina con metal noble	$210	50 %	50 %
D6602	Incrustación; molde de metal muy noble; 2 superficies	$70	50 %	50 %
D6603	Incrustación; molde de metal muy noble; 3 o más superficies	$90	50 %	50 %
D6604	Incrustación; molde principalmente de metal base; 2 superficies	$70	50 %	50 %
D6605	Incrustación; molde principalmente de metal base; 3 o más superficies	$90	50 %	50 %
D6606	Incrustación; molde de metal noble; 2 superficies	$70	50 %	50 %
D6607	Incrustación; molde de metal noble; 3 o más superficies	$90	50 %	50 %
D6610	Recubrimiento; molde de metal muy noble; 2 superficies	$275	50 %	50 %
D6611	Recubrimiento; molde de metal muy noble; 3 o más superficies	$275	50 %	50 %
D6612	Recubrimiento; molde principalmente de metal base; 2 superficies	$275	50 %	50 %
D6613	Recubrimiento; molde principalmente de metal base; 3 o más superficies	$275	50 %	50 %
D6614	Recubrimiento; molde de metal noble; 2 superficies	$275	50 %	50 %
D6615	Recubrimiento; molde de metal noble; 3 o más superficies	$275	50 %	50 %
D6710	Corona; resina compuesta indirecta	$275	50 %	50 %
D6720	Corona; resina con metal muy noble	$275	50 %	50 %
D6721	Corona; resina principalmente con metal base	$275	50 %	50 %
D6722	Corona; resina con metal noble	$275	50 %	50 %
D6750	Corona; porcelana fundida con metal muy noble	$275	50 %	50 %
D6751	Corona; porcelana fundida principalmente con metal base	$275	50 %	50 %
D6752	Corona; porcelana fundida con metal noble	$275	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D6753	Retenedor de corona; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$275	50 %	50 %
D6780	Corona; ¾ de molde de metal muy noble	$275	50 %	50 %
D6781	Corona; ¾ de molde principalmente con metal base	$275	50 %	50 %
D6782	Corona; ¾ de molde de metal noble	$275	50 %	50 %
D6784	Retenedor de corona ¾; porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	$275	50 %	50 %
D6790	Corona; molde completo de metal muy noble	$275	50 %	50 %
D6791	Corona; molde completo principalmente de metal base	$275	50 %	50 %
D6792	Corona; molde completo de metal noble	$275	50 %	50 %
D6930	Recementado de dentadura postiza parcial fija	$12	50 %	50 %
Servicios quirúrgicos bucodentales				
D7111	Extracción de restos de coronas; dientes temporales	$10	50 %	50 %
D7140	Extracción, dientes erupcionados o con raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	$15	50 %	50 %
D7210	Extracción quirúrgica de dientes erupcionados que requieren extracción de hueso y/o división de dientes, incluida la elevación del colgajo mucoperióstico, si así se indica	$30	50 %	50 %
D7220	Extracción de diente impactado; tejido blando	$40	50 %	50 %
D7230	Extracción de diente impactado; extracción ósea parcial	$50	50 %	50 %
D7240	Extracción de diente impactado; extracción ósea completa	$80	50 %	50 %
D7250	Extracción quirúrgica de raíces de dientes residuales	$60	50 %	50 %
D7285	Biopsia de tejido bucal duro (hueso, diente)	$30	50 %	50 %
D7286	Biopsia de tejido bucal blando	$70	50 %	50 %
D7287	Recolección de muestra exfoliativa citológica	$15	50 %	50 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D7288	Recolección de muestra de biopsia transepitelial con cepillo	$30	50 %	50 %
D7310	Alveoloplastia junto con extracciones; 4 o más dientes o espacios entre dientes; por cuadrante	$75	50 %	50 %
D7311	Alveoloplastia junto con extracciones; de 1 a 3 dientes o espacios entre dientes; por cuadrante	$75	50 %	50 %
D7320	Alveoloplastia sin extracciones; 4 o más dientes o espacios entre dientes; por cuadrante	$70	50 %	50 %
D7321	Alveoloplastia sin extracciones; de 1 a 3 dientes o espacios entre dientes; por cuadrante	$70	50 %	50 %
D7471	Extracción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	$94	50 %	50 %
D7510	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal	$19	50 %	50 %
D7511	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando intrabucal, complejo	$19	50 %	50 %
D7520	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extrabucal	$19	50 %	50 %
D7521	Incisión y drenaje de abscesos, tejido blando extrabucal, complejo	$19	50 %	50 %
D7963	Frenuloplastia	Sin cobertura	50 %	50 %
D7970	Escisión de tejido hiperplásico; por arco	$71	50 %	50 %
Servicios generales suplementarios				
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental; procedimiento menor	$8	20 %	30 %
D9120	División de dentadura postiza parcial fija	$24	20 %	30 %
D9215	Anestesia local con procedimientos quirúrgicos ambulatorios	$0	20 %	30 %
D9219	Evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general	$0	Sin cobertura	Sin cobertura
D9430	Visita al consultorio para observación (durante el horario habitual de atención); no se realizan otros servicios	$3	20 %	30 %

		Lo que debe pagar		
		Plan dental HMO	Plan dental PPO	
Código ADA	**Descripción de ADA para los servicios cubiertos**	**Solo dentistas de la red**	**Dentistas de la red**	**Dentistas fuera de la red**
D9440	Visita al consultorio después del horario habitual de atención	$25	20 %	30 %
D9450	Presentación de caso	$0	20 %	30 %
D9951	Ajuste oclusal, limitado	Sin cobertura	20 %	30 %

Notas generales del plan dental HMO opcional suplementario:

- En el caso de los servicios de endodoncia para los que se incluyen dos copagos en el cuadro anterior, se aplica el copago del Miembro más alto únicamente si el procedimiento está a cargo de un especialista.
- Si se utilizan metales nobles o muy nobles para los empastes, coronas, puentes o dispositivos protésicos, se cobrará un cargo adicional según la cantidad de metal utilizado.
- 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 general de los planes dentales HMO y PPO Opcionales Suplementarios:

- Las prótesis dentales fijas o extraíbles, como las dentaduras postizas completas, las dentaduras postizas parciales extraíbles y el trabajo de puentes, tienen cobertura cuando las realizan dentistas generales contratados. Los especialistas en prótesis dentales no se incluyen en la red contratada.
- Dado que Blue Shield of California firma un contrato con Medicare todos los años, es posible que estos Beneficios dentales no estén disponibles el próximo año.

Cómo recibir atención dental de rutina

Antes de obtener servicios dentales

Si adquirió el plan dental HMO opcional suplementario, usted tiene la responsabilidad de garantizar que el profesional elegido sea un dentista de la red. En el caso del plan PPO opcional suplementario, puede elegir entre dentistas de la red y dentistas fuera de la red. Sin embargo, si decide atenderse con un dentista de la red para reducir los costos, usted tendrá la responsabilidad de garantizar que el profesional elegido sea un dentista de la red.

NOTA: El estado de un dentista de la red puede cambiar. Usted tiene la obligación de verificar que el dentista elegido 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 sin cargo con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(888) 679-8928** [TTY: **711**], de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto días feriados).

Visitas a su dentista

Plan dental HMO opcional suplementario:

Si adquirió el plan dental HMO opcional suplementario, llame al dentista de la red que seleccionó como dentista de atención primaria (PCD, por sus siglas en inglés) al momento de la inscripción y programe una cita. 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. Cuando reciba Servicios Cubiertos a través de dentistas fuera de la red, los servicios no tendrán cobertura a menos que se trate de una emergencia dental. Cuando reciba Servicios Cubiertos a través de un dentista fuera de la red, será su responsabilidad pagarle al dentista directamente la cantidad total facturada.

Plan dental PPO opcional suplementario:

Si adquirió el plan dental PPO opcional suplementario, llame a cualquier dentista general o especialista de la red o fuera de la red y programe una cita. Normalmente, el consultorio dental estará abierto durante el horario de atención regular. Si tiene alguna pregunta acerca de los días y horarios de atención del consultorio, comuníquese con el consultorio dental directamente.

Los beneficios dentales están específicamente diseñados para que usted use dentistas de la red. Los dentistas de la red aceptan recibir el pago del DPA, además del pago que usted realice por cualquier Deducible, Copago o Coseguro correspondiente, como pago total por los Servicios Cubiertos. No se da la misma situación con los dentistas fuera de la red. Consulte la sección ***Costos compartidos del miembro*** a continuación para obtener información sobre los costos adicionales en los que incurrirá.

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).

Costos compartidos del 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.

Plan dental HMO opcional suplementario:

Debe pagar los copagos al momento de recibir el servicio o al comienzo de la atención. A menos que necesite servicios dentales de emergencia que no están cubiertos por Medicare, los Copagos indicados en el ***Cuadro de Resumen de Beneficios*** 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").

Plan dental PPO opcional suplementario:

Debe pagar el Deducible al momento de recibir el servicio o al comienzo de la atención. Es posible que su proveedor dental le facture más adelante su Coseguro (el porcentaje del cargo que le corresponde a usted). Las cantidades de coseguro están enumeradas en el ***Cuadro de Resumen de Beneficios***.

Si se atiende con un dentista fuera de la red, pagará cargos adicionales que superan al Coseguro. Se le reembolsará hasta una cantidad máxima predeterminada por los Servicios Cubiertos; esta cantidad puede ser sustancialmente menor que la cantidad facturada. Usted tiene la responsabilidad de pagar toda diferencia entre la cantidad del reembolso y la cantidad facturada por los dentistas fuera de la red, además del Coseguro correspondiente. Por lo tanto, le conviene recibir los servicios dentales a través de proveedores de la red.

EJEMPLO DEL COSTO COMPARTIDO QUE PAGA UN MIEMBRO EN EL PLAN DENTAL PPO OPCIONAL SUPLEMENTARIO:

Debe visitar al dentista para que le realice un procedimiento dental. Ha recibido Servicios Cubiertos durante todo el año y ya ha alcanzado su Deducible de $50.

Tiene la opción de atenderse con un dentista de la red o un dentista fuera de la red, pero pagará más si se atiende con un dentista que no forma parte de la red de su plan.

Los dentistas de la red aceptan cobrar determinadas tarifas por los Servicios Cubiertos, y no pueden cobrarle más. Estas tarifas se llaman "cantidad permitida".

Los dentistas fuera de la red no tienen un contrato con el DPA y pueden cobrar la cantidad que deseen. Como su plan solo cubrirá la cantidad permitida, el dentista le cobrará el saldo. Por lo tanto, atenderse fuera de la red puede resultar muy costoso. Hable con su dentista antes de obtener los servicios para saber cuánto le costarán.

Deducible: **$50**

Cantidad pagada a la fecha que cuenta para el Deducible: **$50**

Coseguro del Dentista de la Red: ***50 %***

Coseguro del Dentista Fuera de la Red: ***50 %***

Cantidad permitida por el Administrador del Plan Dental para la visita al dentista: **$80**

Cargo facturado por el Dentista de la Red para la visita al dentista: **$80**

Cargo facturado por el Dentista Fuera de la Red para la visita al dentista: **$580**

	Dentista de la Red	***Dentista Fuera de la Red***
Usted paga	**$40** (50 % de Coseguro)	**$540** (50 % de Coseguro + $500 por los cargos que superen la cantidad permitida)
El DPA de Blue Shield paga	$40 (cantidad permitida – su Coseguro)	$40 (cantidad permitida – su Coseguro)
Pago total al dentista	$80 (cantidad permitida)	$580 (cargo facturado)

En este ejemplo, como usted ya ha alcanzado su Deducible, es responsable por:

- Dentista de la red: la cantidad de Coseguro; o
- Dentista fuera de la red: la cantidad de Coseguro más todos los cargos que superen la cantidad permitida.

Si se atiende con un dentista fuera de la red, pagará cargos adicionales que superan al Coseguro. Se le reembolsará hasta una cantidad máxima predeterminada por los Servicios Cubiertos; esta cantidad puede ser sustancialmente menor que la cantidad facturada. Usted tiene la responsabilidad de pagar toda diferencia entre la cantidad del reembolso y la cantidad facturada por los dentistas fuera de la red, además del Coseguro correspondiente. Por lo tanto, le conviene recibir los servicios dentales a través de dentistas de la red.

Si necesita asistencia adicional para obtener información sobre su plan de tratamiento o si tiene alguna pregunta sobre las cantidades de Costo Compartido que debe pagar por los procedimientos dentales cubiertos, puede comunicarse sin cargo con el Departamento de Servicio al Cliente del Administrador del Plan Dental (DPA) llamando al **(888) 679-8928** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 5:00 a. m. a 8:00 p. m. (excepto días feriados).

Tratamiento dental opcional

Un tratamiento dental opcional es cualquier procedimiento que sea:

- una actualización de laboratorio dental de un Servicio Cubierto estándar (es posible que se le cobre al Miembro un recargo sobre la base de los costos de laboratorio adicionales), o
- un Servicio Cubierto más amplio que constituya una alternativa a un servicio dental cubierto adecuado pero más conservador.

A menudo, hay varias opciones de tratamiento aceptables desde el punto de vista clínico y reconocidas por profesionales, que podrían considerarse para los Miembros. Para asegurarse de que los Miembros reciban beneficios dentales aceptables en todo momento, el DPA publica sus Políticas Administrativas Vigentes (Governing Administrative Policies, GAP), además de otras pautas y criterios clínicos, y estas publicaciones se distribuyen entre los Proveedores de la Red. Este documento se revisa periódicamente a fin de incorporar pautas que determinen las circunstancias en las que algún tratamiento tuviera que considerarse cubierto u opcional. Su dentista puede consultar estas pautas al momento de determinar el plan de tratamiento que se cubrirá según este plan.

Si usted elige una forma de tratamiento más amplia, que haya recomendado su dentista o que represente una alternativa a un servicio cubierto adecuado pero más conservador, debe pagar la diferencia entre la tarifa habitual del consultorio dental seleccionado para el tratamiento más amplio y la tarifa habitual para el beneficio cubierto, más su cantidad de Costo Compartido para el beneficio cubierto, tal como se detalla en el ***Cuadro de Resumen de Beneficios***.

NOTA: Si elige un tratamiento dental opcional, se le solicitará que firme un Acuerdo en el que se especifiquen los servicios que recibirá según su plan de tratamiento. Después de haber firmado el Acuerdo de aceptación y pago del tratamiento opcional y una vez que el dentista haya empezado el tratamiento, usted será responsable del pago de esos servicios.

Si desea obtener más información, puede consultarle a su dentista o comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del DPA.

Atención dental de emergencia no cubierta por Medicare

La atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare es cualquier servicio dental (brindado dentro o fuera del Área de Servicio del plan Blue Shield 65 Plus) necesario para el tratamiento de dolores intensos, inflamación o hemorragia, o para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades dentales imprevistas que, si no reciben atención inmediata, pueden ocasionar discapacidad, disfunción o daño permanente a su salud.

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 del plan Blue Shield 65 Plus, llame de inmediato a su dentista. El personal del consultorio dental le aconsejará qué hacer. Ante una emergencia, los dentistas de la red están disponibles durante las 24 horas, cualquier día de la semana.

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

Si está fuera del Área de Servicio del plan Blue Shield 65 Plus y necesita atención dental de emergencia que no está cubierta por Medicare, puede recibir tratamiento de cualquier dentista autorizado.

Cómo obtener un reembolso en el plan dental HMO opcional suplementario:

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.

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
P.O. Box 30567
Salt Lake City, UT 84130-0567

Hay límites de tiempo para la presentación de reclamaciones. Las reclamaciones deben presentarse ante Blue Shield of California 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.

Cómo obtener un reembolso en el plan dental PPO opcional suplementario:

Le haremos un reembolso según el porcentaje de pago indicado en la columna “Dentistas fuera de la red” del ***Cuadro de Resumen de Beneficios***. Usted será responsable de pagar el resto de los cargos facturados de su dentista. Siempre que sea posible, debe solicitarle al dentista que envíe la factura directamente a Blue Shield a la dirección indicada más arriba. 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 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 65 Plus 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

Respecto de su atención dental, puede solicitar una segunda opinión de otro dentista que tenga contrato con el DPA si:

- no está conforme con el tratamiento que recibió de su dentista elegido;
- no está seguro sobre un plan de tratamiento propuesto;
- no está de acuerdo con las recomendaciones de su dentista elegido o del director del DPA; o
- no está conforme con la calidad del trabajo dental que se le está realizando.

Una comparación de precios de un plan de tratamiento o procedimiento propuestos no es suficiente para obtener una segunda opinión.

Para solicitar una segunda opinión, llame al Departamento de Servicio al Cliente del DPA al **(888) 679-8928** (TTY: **711**).

El director del DPA revisará su solicitud de una segunda opinión y, si la solicitud es pertinente, le enviará una autorización para que visite a otro dentista de la red en su área. Tendrá 30 días para comunicarse con el segundo dentista e ir a su consultorio para obtener una segunda opinión. Deberá pagar cualquier Costo Compartido del plan que corresponda a fin de que el segundo dentista brinde una segunda opinión (esto incluye el costo de la visita al consultorio, el costo de las radiografías que se tomen y de los dispositivos de prueba que se utilicen, y el costo correspondiente a los informes por escrito para el director del DPA). El segundo dentista solo le dará una segunda opinión, no le brindará tratamiento en esa visita.

Si necesita asistencia adicional, puede comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield 65 Plus al número de teléfono que está en su tarjeta de identificación de miembro.

Cómo cambiar de dentista

Si es Miembro del plan dental HMO opcional suplementario o del plan dental PPO opcional suplementario, puede seleccionar otro dentista del directorio si no está conforme con el dentista

de la red que eligió o al que acude actualmente. Si necesita ayuda para elegir otro dentista de la red, comuníquese sin cargo con el Departamento de Servicio al Cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928** [TTY: **711**].

NOTA: Si le debe dinero a su dentista actual en el momento en que desea cambiarse a otro dentista, primero deberá cancelar la cuenta con su dentista actual. Si se cambia a un nuevo dentista, es posible que sea responsable del pago de una tarifa nominal en concepto de duplicación y transferencia de las radiografías y otros registros a su nuevo dentista.

NOTA: En general, los miembros no pueden cambiarse a un nuevo dentista si están en la mitad de un procedimiento que implica varias visitas al dentista y para el que se ha realizado una impresión final para la fabricación de un aparato dental, a menos que demuestren que se trata de una causa excepcional. Esto incluye el cambio de dentista para coronas, incrustaciones y recubrimientos (procedimientos avanzados de restauración), dentaduras postizas completas y parciales extraíbles (prótesis dentales extraíbles) y componentes de puentes (prótesis dentales fijas).

En los casos en que Blue Shield 65 Plus permita el cambio en la mitad de un procedimiento, es posible que usted tenga que pagar los cargos de laboratorio en los que incurra el dentista para fabricar el aparato dental. Si está inscrito en el plan dental HMO opcional suplementario y acude a un dentista de la red, los cargos no pueden superar los Copagos indicados para los procedimientos cubiertos. Si está inscrito en el plan dental PPO opcional suplementario y acude a un dentista de la red, los cargos no pueden superar el porcentaje de la cantidad permitida del procedimiento cubierto que le corresponde a usted, según se indica en la columna “Dentistas de la red” del ***Cuadro de Resumen de Beneficios***. Si está inscrito en el plan dental PPO opcional suplementario y acude a un dentista fuera de la red, usted será responsable de pagar su porción del costo de la cantidad permitida, más la diferencia entre la cantidad permitida y el cargo facturado. Además, es posible que tenga que pagar los cargos de laboratorio por cualquier elemento opcional que su dentista haya solicitado para usted.

Puesto que el DPA no puede solicitar ni obligar por ninguna razón a un dentista contratado a tratar a ningún Miembro, el DPA avisará a Blue Shield 65 Plus cuando se produzca una ruptura en la relación dentista-paciente o cuando no sea posible establecer un vínculo productivo.

Blue Shield 65 Plus trabajará junto con usted y con el DPA para resolver el problema o para seleccionar otro dentista. Si es necesario que usted elija otro dentista debido a que hubo una ruptura en la relación dentista-paciente o a que no fue posible establecer un vínculo productivo, no se aplicarán las tarifas por duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. No obstante, los cambios de dentista de rutina iniciados por los Miembros estarán sujetos a la aplicación de tarifas por duplicación y transferencia de radiografías u otros registros. Puede comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928** (TTY: **711**) para obtener más información.

Su dentista ya no tiene contrato con el DPA de Blue Shield 65 Plus

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.

Usted tiene otro plan dental

Si adquiere el plan dental HMO o PPO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus, le recomendamos que se comunique con el Departamento de Servicio al Cliente del otro plan dental para dar por terminada la cobertura del otro plan y así evitar una facturación doble. Si desea mantener dos planes prepagos de la red, puede usar el plan dental HMO o PPO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus o su otro plan prepago de la red, pero no ambos, para un procedimiento específico. Su dentista le cobrará las cantidades de Costo Compartido asociadas a la tarjeta de identificación de miembro del plan que usted presente al momento de recibir los servicios.

Resolución de desacuerdos

Si tiene alguna inquietud sobre algún aspecto de los beneficios de su plan dental, comuníquese sin cargo con el Departamento de Servicio al Cliente del DPA llamando al **(888) 679-8928** (TTY: **711**). También puede comunicarse con Atención al Cliente de Blue Shield 65 Plus (los números de teléfono están en la contracubierta de este documento).

Si considera que sus inquietudes no han sido completamente resueltas, tiene derecho a presentar una apelación o un reclamo ante Blue Shield 65 Plus. 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.

Limitaciones generales de los planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios

1. Las coronas, los puentes y las dentaduras postizas (incluidas las dentaduras postizas inmediatas) pueden reemplazarse después de que hayan transcurrido al menos 5 años desde la colocación inicial, independientemente del pagador. Los ajustes en las coronas, los puentes y las dentaduras postizas están incluidos en la cobertura del aparato durante los primeros 6 meses posteriores a la colocación inicial.

2. Las dentaduras postizas parciales (incluidas las temporales, de resina y con estructura metálica) solo pueden reemplazarse 5 años después de la colocación inicial, a menos que el reemplazo sea necesario por la pérdida de dientes naturales, lo cual no permite agregar ni reemplazar dientes en la dentadura postiza parcial existente.

3. Los rebasados de dentadura están limitados a 1 por dentadura (incluidas las dentaduras postizas inmediatas) cada 12 meses.

4. El examen bucodental periódico está limitado a 2 visitas en un período de 12 meses.

5. Las coronas estéticas (por ejemplo, las de resina, metales nobles y porcelana) y los tramos de puente no son un beneficio cubierto para los dientes molares. Las coronas en los molares están limitadas a materiales de metal base.

Limitaciones generales del plan dental HMO opcional suplementario únicamente

1. La cantidad máxima que el plan pagará por atención especializada es de $1,000 por año calendario. Una vez que el plan haya alcanzado la cantidad de $1,000, el Miembro será responsable de todos los costos por la atención especializada.

2. La derivación a un especialista dental está limitada únicamente a aquellos procedimientos que no puedan ser realizados por un dentista general contratado, según lo determine el director de servicios dentales antes de la prestación del servicio.

3. La profilaxis está limitada a un tratamiento cada 6 meses (incluye el mantenimiento periodontal realizado después de un tratamiento activo).

4. Solo se reemplazará una dentadura postiza, una dentadura postiza parcial o un puente existentes una vez cada 5 años si estos están en mal estado y no pueden mejorarse mediante rebasado o reparación.

5. Los tratamientos periodontales no quirúrgicos (entre ellos, alisado radicular y curetaje subgingival) están limitados a 4 cuadrantes durante cualquier período de 12 meses consecutivos. Los procedimientos quirúrgicos están limitados a 1 tratamiento por cuadrante o área durante cualquier período de 36 meses consecutivos.

6. El desbridamiento completo de la boca (sarro visible) está limitado a 1 tratamiento durante cualquier período de 24 meses consecutivos.

7. Las radiografías de aleta de mordida están limitadas a 1 serie en un período de 6 meses.

8. Las radiografías de toda la boca y/o las radiografías panorámicas están limitadas a 1 conjunto cada 24 meses consecutivos. Una serie de radiografías de toda la boca equivale a un mínimo de 6 radiografías periapicales más las radiografías de aleta de mordida.

9. Las coronas y restauraciones de cerámica o metal fundido de una sola pieza están cubiertas solo a partir de los 17 años de edad del Miembro y cuando el diente no puede restaurarse de manera adecuada con otros materiales restauradores. Las reconstrucciones de coronas, incluidas las espigas, solo están permitidas como un procedimiento aparte cuando se haya perdido una estructura de diente extensa y se pueda demostrar la necesidad de una subestructura mediante un informe escrito y radiografías.

10. La estética dental está limitada a restauraciones de compuesto en dientes posteriores cuando un dentista de la red determine que ese tratamiento forma parte de una atención dental apropiada. Las restauraciones con resina compuesta en las superficies exteriores de los premolares están cubiertas. Las coronas en los molares están limitadas a materiales metálicos.

11. Los beneficios del plan incluyen las restauraciones fundidas utilizando principalmente metal base. Si el Miembro solicita el uso de un metal noble o muy noble (por ejemplo, oro, metales semipreciosos, etc.), es posible que se le cobre un recargo sobre la base del aumento en los costos de laboratorio por utilizar dichos metales.

12. Los procedimientos de coronas, puentes o dentaduras postizas, entre otros servicios dentales, que se brinden en un consultorio (mientras el Miembro cuenta con la cobertura del plan dental HMO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus) se considerarán "en curso" hasta su entrega. No se brindarán beneficios adicionales para dichos tratamientos en curso.

13. Los miembros que estén temporalmente fuera del Área de Servicio del plan Blue Shield 65 Plus y necesiten atención dental de emergencia que no esté cubierta por Medicare podrán recibir tratamiento de cualquier dentista autorizado. Los servicios recibidos de un dentista fuera del área de servicio estarán cubiertos hasta un máximo de $100 (menos los Copagos del Miembro que correspondan), siempre y cuando cambiar a un dentista de la red suponga un riesgo para la salud del Miembro.

14. Los selladores están limitados a primeros y segundos molares y dientes bicúspides hasta los 14 años de edad.

Limitaciones generales del plan dental PPO opcional suplementario únicamente

Los siguientes servicios estarán sujetos a las limitaciones indicadas a continuación:

1. Se cubre 1 servicio en un período de 6 meses:
   a. Profilaxis de rutina
   b. Recementado si la corona o incrustación no fue brindada por el dentista original (no corresponde si el dentista realiza el recementado de un servicio que él mismo brindó en el plazo de los doce [12] meses anteriores).
2. Se cubre 1 servicio en un período de 12 meses:
   a. Prueba de detección del cáncer bucal
   b. Radiografías de aleta de mordida (cuatro [4] por año como máximo)
3. Se cubren 2 visitas en un período de 12 meses:
   a. Examen bucodental periódico
   b. Tratamiento tópico con flúor/aplicación de barniz de flúor

4. Se cubre un servicio en un período de 24 meses:
   a. Cirugía de colgajo gingival por cuadrante
   b. Raspado y alisado radicular por área (limitados a dos [2] cuadrantes por visita)
   c. Placas oclusales

   d. Moldes de yeso para diagnóstico
   e. Selladores

5. Se cubren dos cuadrantes en un período de 24 meses:
   a. Tratamientos periodontales no quirúrgicos (entre ellos, alisado radicular y curetaje subgingival)
   b. Anestesia general/sedación intravenosa

6. Se cubre 1 servicio en un período de 36 meses:
   a. Cirugía mucogingival por área
   b. Cirugía ósea por cuadrante
   c. Desbridamiento completo de la boca
   d. Gingivectomía por cuadrante
   e. Gingivectomía por diente
   f. Injertos óseos por periodoncia
   g. Regeneración tisular guiada por periodoncia
   h. Radiografías panorámicas y radiografías seriadas de toda la boca

7. Se cubre 1 servicio en un período de 5 años:
   a. Coronas únicas y recubrimientos
   b. Reconstrucción de muñones y pernos únicos
   c. Reconstrucción de coronas, incluidas las espigas
   d. Perno y muñón prefabricados
   e. Perno y muñón colados, con corona
   f. Tramos de puente para dentadura postiza parcial fija
   g. Pilares (puente) para dentadura postiza parcial fija
   h. Reconstrucción de pernos y muñones de pilares

8. Los servicios quirúrgicos bucodentales están limitados a la frenectomía y a la extracción de dientes y protuberancias óseas.

9. Se puede aplicar una Disposición sobre Beneficios Alternativos (ABP, por sus siglas en inglés) si una enfermedad dental se puede tratar mediante un procedimiento profesionalmente aceptable que sea menos costoso que el tratamiento recomendado por el dentista.
   Por ejemplo, se aplicará un beneficio alternativo de una dentadura postiza parcial cuando falten dientes bilateralmente o falten más de 3 dientes en un cuadrante o en la región anterior. La ABP no compromete al miembro a aceptar el tratamiento menos costoso. Sin embargo, si el miembro y el dentista eligen el tratamiento más costoso, el miembro será responsable de los cargos adicionales que superen la cantidad permitida para la ABP.

10. La sedación general o intravenosa está cubierta en los siguientes casos:
    a. Tres o más extracciones quirúrgicas
    b. Cualquier cantidad de tratamientos dentalmente necesarios para dientes impactados
    c. Alveoloplastia de boca completa o arco
    d. Recuperación radicular quirúrgica desde el seno maxilar
    e. Problema médico en el que el uso de anestesia local esté contraindicado
    NOTA: La sedación general o intravenosa no es un beneficio cubierto por razones de odontofobia.

11. Se cubren restauraciones, coronas, incrustaciones y recubrimientos solo si son necesarios para tratar dientes en malas condiciones o dientes fracturados accidentalmente.

12. Se cubre 1 tratamiento de conducto radicular por diente por única vez.
13. Se cubre 1 retratamiento de conducto radicular por diente por única vez.

Exclusiones generales de los planes dentales HMO y PPO opcionales suplementarios

1. Se excluyen de la cobertura los medicamentos que no estén asociados con un tratamiento de atención dental, como la irrigación medicinal, los antibióticos administrados localmente y los medicamentos recetados.
2. Se excluyen de la cobertura aquellos servicios respecto de los cuales la opinión profesional del dentista responsable o del director de servicios dentales de Blue Shield es que no podrá obtenerse un resultado satisfactorio o que el pronóstico es desfavorable o reservado (es decir, sin una expectativa de servicio mínima de tres [3] años).
3. La extracción de dientes asintomáticos y sin signos patológicos, la extracción con fines de ortodoncia, los procedimientos de cirugía ortognática y la exposición de corona no están incluidos en la cobertura. La extracción del tercer molar (“muela del juicio”) está limitada únicamente a aquellas instancias en las que no se puede brindar tratamiento al diente de una manera mínimamente invasiva.
4. La colocación o extracción de implantes, los aparatos colocados en los implantes dentales o los servicios relacionados con dichos implantes, entre ellos, los tratamientos profilácticos y periodontales, no están incluidos en la cobertura.
5. La cobertura no incluye las enfermedades dentales que surjan debido al empleo del Miembro o que puedan ser pagadas por medio de una indemnización por accidentes laborales o por un tercero responsable. La cobertura tampoco incluye los servicios que el Miembro reciba por medio del Gobierno estatal o de un organismo del estado, o que obtenga sin costo alguno a través de alguna municipalidad, condado o subdivisión, excepto según lo estipulado en la Sección 1373(a) del California Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad de California).
6. La cobertura no incluye los servicios dentales (ni las tarifas asociadas) realizados en un centro de tratamiento que no sea el consultorio del proveedor contratado (es decir, un hospital, un centro ambulatorio, una clínica para pacientes ambulatorios, un centro quirúrgico, etc.).
7. No se cubre el tratamiento ni la extracción de cánceres, quistes, tumores o neoplasia.
8. No se cubren los tratamientos ni los servicios dentales para restaurar la pérdida de la estructura del diente por desgaste anormal o excesivo, fricción, abrasión, abfracción, bruxismo o erosión, excepto cuando sea el resultado de una función masticatoria normal; el cambio o la restauración de la dimensión vertical o de la oclusión, y la reconstrucción total de la boca, el diagnóstico o el tratamiento de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés).
9. No se cubre el tratamiento de fracturas y dislocaciones de la mandíbula.
10. No se cubren los procedimientos, aparatos o restauraciones dentales para corregir dientes faltantes por razones congénitas o del desarrollo, u otras enfermedades congénitas o del desarrollo, malformaciones del desarrollo (entre otras, paladar hendido, hipoplasia del esmalte, fluorosis, malformaciones de la mandíbula y anodoncia) y dientes supernumerarios.
11. No están cubiertos los gastos dentales generados por cualquier procedimiento dental iniciado después de que el Miembro deje de reunir los requisitos para obtener cobertura, ni los gastos

dentales generados por un tratamiento en curso antes de que el Miembro reúna los requisitos para obtener acceso a la cobertura del plan dental PPO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus (por ejemplo, dientes preparados para coronas, tratamientos de conducto radiculares en curso, prótesis fijas y extraíbles). A los fines de esta exclusión, la fecha en la que se considerará que empezó un determinado procedimiento se define de la siguiente manera:

a. Para dentaduras postizas completas o parciales: la fecha en que se toma la impresión final.
b. Para puentes fijos, coronas, incrustaciones y recubrimientos: la fecha en que los dientes se preparan por primera vez.
c. Para tratamientos de conducto radicular: la fecha en que se abrió la cámara pulpar o la fecha en que se exploraron los conductos hasta el ápice del diente, la que sea posterior.
d. Para cirugías periodontales: la fecha en que se realiza la cirugía.
e. Para todos los demás servicios: la fecha en que se brinda el servicio.

12. Las coronas, los puentes o las dentaduras postizas iniciadas en un consultorio (mientras el miembro cuenta con la cobertura del plan dental HMO o PPO opcional suplementario de Blue Shield 65 Plus) se considerarán “en curso” hasta su entrega. No se brindarán beneficios adicionales para dichos tratamientos en curso.

13. La atención brindada por un especialista en prótesis dentales no tiene cobertura.

Exclusiones generales del plan dental HMO opcional suplementario únicamente

1. La cobertura no incluye la anestesia general ni los servicios de un anestesista especial, como tampoco la sedación intravenosa o por inhalación ni los medicamentos recetados para procedimientos dentales.

2. La cobertura no incluye el reemplazo por pérdida o robo de prótesis dentales extraíbles y fijas (coronas, puentes, dentaduras postizas completas o parciales), independientemente del pagador.

3. El cuadro “Descripción de ADA para los servicios cubiertos” anterior es la declaración de cobertura definitiva y reemplaza cualquier otro material. Cualquier servicio dental que no esté específicamente detallado como un beneficio cubierto está excluido de la cobertura, independientemente de cualquier otro material escrito explícito o implícito.

4. Los procedimientos de alargamiento de la corona no están cubiertos.

5. No se cubre el reemplazo de dientes que ya han faltado por mucho tiempo en una dentadura que, de lo contrario, permanecería estable. (Por ejemplo: casos en que los dientes faltan desde hace dos [2] años o más y no se han reemplazado, y los dientes adyacentes y antagonistas tienen oclusión).

6. La cobertura no incluye los tratamientos para las personas que, por motivos médicos u otras circunstancias, no puedan recibir atención dental en el consultorio de un proveedor dental de

la red o que tengan limitaciones mentales o de conducta que afecten la capacidad de dicho proveedor para brindar una atención dental apropiada en el consultorio.

7. Los beneficios no incluyen ferulización, hemisección, implantes, sobredentaduras, injertos (a menos que se especifique lo contrario), regeneración tisular guiada, restauraciones fundidas de cerámica, acoplamientos de precisión, duplicación de dentaduras postizas ni aparatos para el tratamiento del bruxismo.

8. Los informes de patología no están cubiertos.

9. No se cubre el tratamiento dental para coronas, puentes o dentaduras postizas que tengan como fin restaurar la estructura dental perdida como consecuencia de una lesión accidental. Una lesión dental accidental se define como un daño producido a los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, provocado por fuerzas externas a la boca. No se cubre el tratamiento para los servicios relacionados con accidentes pagaderos por otro seguro responsable que no sea el plan dental.

10. La cobertura no incluye los servicios dentales recibidos de un dentista que no pertenezca a la red, a menos que Blue Shield 65 Plus autorice lo contrario por escrito antes de la prestación de los servicios.

Exclusiones generales del plan dental PPO opcional suplementario únicamente

A menos que se hagan excepciones específicas a las siguientes exclusiones generales en otra parte de este plan, este plan no brinda beneficios en relación con lo siguiente:

1. Cargos por vestibuloplastia (es decir, modificación quirúrgica de la mandíbula, las encías y los tejidos adyacentes) y por cualquier procedimiento, servicio o suministro (incluidas las visitas al consultorio, los exámenes y los diagnósticos) brindados de manera directa o indirecta para tratar un trastorno muscular, neural o esquelético, o para diagnosticar y tratar problemas de la articulación mandibular con cualquier método. Estos problemas de la articulación mandibular incluyen problemas de salud tales como el síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y trastornos craneomandibulares u otros problemas de salud de la articulación que une el hueso mandibular y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

2. Cargos por servicios brindados por un pariente cercano o una persona que normalmente vive en el hogar del miembro.

3. Servicios, procedimientos o suministros que no sean razonablemente necesarios para la atención de la enfermedad dental del miembro según las normas de atención profesional de amplia aceptación, que estén en fase experimental o de investigación, o que no cuenten con un respaldo profesional uniforme.

4. Reemplazo de un aparato (por ejemplo, dentadura postiza completa o parcial, separador fijo, corona, incrustación o recubrimiento, etc.) en un plazo de 5 años desde su colocación.

5. Terapia miofuncional, procedimientos de biorretroalimentación, protectores bucales deportivos, acoplamientos de precisión o semiprecisión, duplicación de dentaduras postizas, enseñanza de higiene bucodental, y tratamiento de fracturas de mandíbula.
6. Materiales aloplásticos para injertos óseos.
7. Injertos óseos realizados para la preservación de los alvéolos dentarios después de la extracción de dientes o en preparación para implantes.
8. Los cargos por servicios temporales se consideran una parte integral del servicio dental final y no deberán pagarse por separado.
9. Injertos extrabucales (es decir, injertos de tejidos de otra parte del cuerpo en tejidos bucales).
10. Servicios que el miembro no tiene la obligación legal de pagar o servicios por los que no se realizan cargos.
11. Tratamiento pagado por cualquier organismo gubernamental, incluido cualquier gobierno extranjero.
12. Cargos por dispositivos protésicos (fijos o extraíbles) que estén relacionados con un tratamiento de periodoncia.
13. Cargos por recubrimientos o coronas que se coloquen como pilares múltiples.
14. Cargos por cualquier restauración de incrustaciones.
15. Cargos por citas dentales a las que no se asista.
16. Cargos por servicios relacionados con cualquier lesión autoinfligida intencionalmente.
17. Extracción del tercer molar (muela del juicio) por una razón que no constituya una necesidad dental. La necesidad dental se define como una enfermedad patológica que incluye dientes impactados en posición horizontal, media o distal, o secuelas quísticas. La extracción de muelas del juicio solo por pericornitis no constituye una necesidad dental.
18. Ferulización periodontal de dientes con cualquier método, incluidos, entre otros, coronas, empastes, aparatos o cualquier otro método que se utilice para inmovilizar o unir dientes.
19. Servicios brindados por una persona u organismo que no cuente con autorización o certificación del estado para ofrecer servicios de atención de la salud o que ejerza fuera del alcance de dicha autorización o certificación, excepto en los casos indicados específicamente en el presente documento.
20. No se cubren los procedimientos que son principalmente estéticos, como el blanqueamiento, la colocación de carillas dentales, el uso de porcelana en dientes molares, y la personalización y caracterización de dentaduras postizas.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le brinda información acerca de los servicios que están "excluidos" de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

En el siguiente cuadro, se indican los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna situación o que están cubiertos solo en situaciones 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 5.3 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.		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
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.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que no se cubren en ninguna situación	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Cuidado custodial. 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.	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que Medicare Original determina que no tienen una aceptación general de la comunidad médica.		Es posible que nuestro plan o Medicare Original los cubra en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos de atención impuestos por sus familiares inmediatos o por integrantes de su hogar.	✓	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	✓	
Envío de comidas al hogar.	✓	
Los servicios domésticos incluyen la ayuda con las tareas domésticas básicas, como la limpieza leve y la preparación de comidas sencillas.	✓	
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.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	Servicios que no se cubren en ninguna situación	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
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.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o prótesis dentales.		Se brinda cobertura según lo descrito en el Cuadro de Resumen de Beneficios del plan dental opcional suplementario, incluido 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).
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 están cubiertos por Medicare	Servicios que no se cubren en ninguna situación	Servicios que solo se cubren en situaciones específicas
Servicios que no se consideran razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original.		Se cubren solo si están incluidos en nuestro plan como servicios cubiertos.

CAPÍTULO 5:

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

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.

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.
- 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. Algunas de las farmacias de nuestra red ofrecen costo compartido preferido, el cual puede ser más bajo que el costo compartido de una farmacia que ofrece costo compartido estándar. En el *Directorio de Farmacias*, encontrará las farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información acerca de cómo podrían variar sus costos de bolsillo para los distintos medicamentos.

¿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. O bien, si la farmacia que utiliza permanece en la red, pero deja de ofrecer costo compartido preferido, es posible que desee cambiar de red o farmacia preferida, siempre que haya otras disponibles. 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**.

¿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 el 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, usted recibirá el pedido que realizó a una farmacia de servicio por correo 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 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.

Si recibe automáticamente por correo la repetición de una receta que no desea, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

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 (que ofrecen costo compartido preferido) de nuestra red le permiten obtener un suministro de medicamentos de mantenimiento a largo plazo con la cantidad de costo compartido del servicio por correo. En cambio, es posible que otras farmacias al por menor no acepten las cantidades de costo compartido del servicio por correo. En este caso, usted será responsable de la diferencia en el precio. 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.

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).

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.

Los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos son únicamente aquellos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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.

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.
- 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.

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.

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.

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, 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.

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.

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.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 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 solicitarnos una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 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:

- **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.

- **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 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.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, el pago será responsabilidad suya. 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).

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 siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- 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

Además, si **recibe "Ayuda Complementaria"** para pagar sus medicamentos, el programa de "Ayuda Complementaria" no pagará los medicamentos que no están normalmente cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que generalmente no están cubiertos por un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para determinar la cobertura de medicamentos que puede tener disponible. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

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).

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.

Por lo general, si usted tiene cobertura grupal como empleado o a través de su 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 estos avisos 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.

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 médicamente 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:

- 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 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, notifíquenos 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

¿Actualmente recibe ayuda para pagar sus medicamentos?

Si usted recibe ayuda de algún programa para pagar sus medicamentos, **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 cubiertos por la Parte A o por la Parte B de Medicare, y otros están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

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.
- 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 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:

- 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.

- 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 65 Plus?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados de Blue Shield 65 Plus. 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 usted paga por las insulinas: No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada insulina cubierta por nuestro plan, sin importar el nivel de costo compartido en el que esté.

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 *"Explicación de Beneficios de la Parte D"* (también llamada "EOB de la Parte D")

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.

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.
- **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 No hay ningún deducible para Blue Shield 65 Plus

No hay ningún deducible para Blue Shield 65 Plus. Usted empieza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando hace surtir su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en 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.
- 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 que ofrece costo compartido estándar. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costo compartido preferido.
- Una farmacia al por menor de la red que ofrece costo compartido preferido

- 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 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 preferido 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)	$5 de copago	$0 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 1.	$5 de copago	$5 de copago
Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos)	$18 de copago	$10 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 2.	$18 de copago	$18 de copago
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	$47 de copago	$40 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 3.	$47 de copago	$47 de copago
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	$100 de copago	$95 de copago	No está disponible el servicio por correo para los medicamentos del Nivel 4.	$100 de copago	$100 de copago

Nivel	**Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)** (suministro para hasta 30 días)	**Costo compartido preferido 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 5 de costo compartido (medicamentos de nivel especializado)	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % de coseguro	33 % 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.

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.

- 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 *a largo plazo* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)	Costo compartido del servicio por correo
Nivel 1 de costo compartido Medicamentos genéricos preferidos (suministro para hasta 100 días)	$5 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido Medicamentos genéricos (suministro para hasta 90 días)	$54 de copago	$15 de copago	$15 de copago
Nivel 3 de costo compartido Medicamentos de marca preferidos (suministro para hasta 90 días)	$141 de copago	$100 de copago	$100 de copago

Nivel	Costo compartido estándar al por menor (dentro de la red)	Costo compartido preferido al por menor (dentro de la red)	Costo compartido del servicio por correo
Nivel 4 de costo compartido Medicamentos no preferidos (suministro para hasta 90 días)	$300 de copago	$237.50 de copago	$237.50 de copago
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.	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**.

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) y del Nivel 2 de costo compartido (medicamentos genéricos): 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 (medicamentos genéricos preferidos) y del Nivel 2 (medicamentos genéricos) de costo compartido, 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 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.

En esta etapa, el plan pagará la mayor porción del costo de sus medicamentos. Usted pagará lo siguiente:

- **Su porción** del costo de un medicamento cubierto será 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.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D, sin ningún costo para usted. Llame a Atención al Cliente si necesita 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.
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.
- 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).

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 nuestra porción del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que tenga que pagar el costo total. Otras veces, es posible que haya pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva el dinero (esto generalmente se denomina "solicitar un 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.

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,

- usted solo tiene la responsabilidad de pagar su porción del costo por los servicios de emergencia o urgentemente necesarios. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia. Si usted paga accidentalmente la cantidad total al momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra porción del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de todos los pagos que haya realizado.

- 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 y solicitarle a usted que pague solamente su porción del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le solicitan que pague una cantidad superior a la porción que le corresponde a usted.

- 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.
- 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 de todos los pagos que haya realizado, y solicítenos 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.

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.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, 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 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**) 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 65 Plus
Medicare Customer Care
P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365

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. 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. 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.

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, para atenderse con un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista dentro de la red, comuníquese 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

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).

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.
    - 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.

Nuestro compromiso es garantizar siempre la privacidad de la información protegida sobre su salud. En nuestro "Aviso de Prácticas de Privacidad", se describen sus derechos de privacidad como miembro, así como la manera en que garantizamos la privacidad de la información protegida sobre su salud. Para obtener una copia de nuestro aviso sobre la privacidad, usted puede:

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 65 Plus, 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.

- **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.

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.
- **Entrégueles 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.

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 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.
  - 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:
  - Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar pagando una prima por su Parte B de Medicare.
  - 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 una multa por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
  - Si se le exige que pague la cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso anual, 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)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para abordar problemas e inquietudes:

- 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".

Ambos 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.

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).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar de solucionar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente debe leer las partes de este capítulo que se relacionen con su situación. La guía que se brinda a continuación le resultará de ayuda.

¿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 4: "Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No.

Pase directamente a la **Sección 10** de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes"**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Guía básica sobre las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 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 de servicios médicos y medicamentos recetados, 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. 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.

Tomamos decisiones de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que tiene cubierto y cuánto pagamos. 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, ya sea antes o después de que se reciba un servicio, 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 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 no rechazamos su caso, pero rechazamos parte o la totalidad de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es procesada por una Organización de Revisión Independiente que no está unida a nosotros. (Las apelaciones relacionadas con servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una apelación de Nivel 2; usted no debe hacer nada. En el caso de las apelaciones relacionadas con medicamentos de la Parte D, si rechazamos parte o la totalidad de su apelación, usted deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones correspondientes a la Parte D se analizan más detenidamente en la Sección 6 de este capítulo). 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 9 de este capítulo explica los procesos de apelación en los Niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 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**).
  - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 relacionada con la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B en su nombre. Si se rechaza su apelación en el Nivel 1, automáticamente pasará al Nivel 2.
  - 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 4.3 ¿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 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 7** de este capítulo: "Cómo solicitarnos que cubramos una hospitalización para pacientes internados más prolongada si considera que el médico le está dando el alta prematuramente".
- **Sección 8** 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP).

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

Sección 5.1 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 5.2.**

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 5.2.**

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 5.3.**

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 5.5.**

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 5.3.**

   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 5.2 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.
  - 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 10 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 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos apenas tomemos una decisión.
- **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 5.3 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 en un plazo de 30 días. 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 5.2 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 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, nuestro plan revisa 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.
    - 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 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 5.4 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.
  - 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 10 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 5.4 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 5.4 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.

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.
- Sin embargo, 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.

- Sin embargo, 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 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 en el caso de las solicitudes estándar. En el caso de las solicitudes urgentes, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión 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 en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión en el caso de las **solicitudes estándar.** En el caso de las **solicitudes urgentes**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión rechaza parte o la totalidad de su apelación,** significa que la organización coincide con nosotros 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 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 9 de este capítulo explica los procesos de apelación en los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué debe hacer para solicitarnos que le paguemos nuestra porción de una factura que ha recibido por atención médica?

El Capítulo 7 describe las situaciones en las que puede ser necesario solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor. También le explica cómo enviarnos la documentación necesaria para solicitarnos el pago.

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 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 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 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 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 6.2.**
- 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 6.2.**
- 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 6.2.**
- Pide la aprobación previa para un medicamento. **Debe solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pide que se pague un medicamento recetado que ya compró. **Debe solicitarnos un reembolso del costo. Sección 6.4.**

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.

Sección 6.2 ¿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 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 1 (medicamentos genéricos preferidos) y 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 6.3 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.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4 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 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, que está disponible en nuestro sitio web. El Capítulo 2 incluye información de contacto. Para obtener los detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección titulada *Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. También puede presentar una apelación a través de nuestro sitio web; visite **blueshieldca.com/medappeals**. 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 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 6.5 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”**.

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) 776-4466 (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 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.
- **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 6.6 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.

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). (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 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

SECCIÓN 7 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.

Sección 7.1 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.

Sección 7.2 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.**
  - **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 7.4.

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.

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 7.3 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.

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 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

Sección 7.4 ¿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 fecha de 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 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 nuestro plan 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 10 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.
    - El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le comunicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, 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 9 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 sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando prematuramente

Sección 8.1 *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

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.

Sección 8.2 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 <u>no</u> significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de terminar la atención.

Sección 8.3 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.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y demás expertos 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 la revisión de las decisiones del plan acerca de cuándo corresponde dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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.

¿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 8.5.

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.**
- 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 8.4 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.

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.

Sección 8.5 ¿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.*

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.

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 10 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 9 de este capítulo le brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de presentación de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y a los niveles subsiguientes

Sección 9.1 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.

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 9.2 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.

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.

- 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.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué 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	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención recibida en el hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• ¿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?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿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? • Algunos ejemplos incluyen largas esperas en el teléfono, en la sala de espera o de exámenes, o para obtener un medicamento recetado.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de alguna clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que le brindamos	• ¿No le hemos dado algún aviso que tenemos la obligación de darle? • ¿La información escrita que le hemos brindado es difícil de entender?
Cumplimiento de los plazos establecidos (Todos estos tipos de quejas están relacionados con el cumplimiento de los plazos establecidos para nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)	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: • 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.

Sección 10.2 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 10.3 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 65 Plus
    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 65 Plus**.

    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.

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 65 Plus 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.

- **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 10.4 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 10.5 También puede informarle su queja a Medicare

Usted puede presentar una queja sobre Blue Shield 65 Plus 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.

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 65 Plus 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 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 Puede terminar su membresía durante el Período de Inscripción Anual

Puede terminar su membresía en nuestro plan 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.
  - Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.
    - 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.
- **Su membresía en nuestro plan terminará** cuando empiece la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 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 2.3 En ciertas situaciones, puede terminar su membresía durante un Período de Inscripción Especial

En ciertas situaciones, los miembros de Blue Shield 65 Plus pueden 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).

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.

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.

Generalmente, su membresía terminará el primer día del mes siguiente al mes en que se recibe su solicitud de cambio de plan.

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.

Sección 2.4 ¿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.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en Blue Shield 65 Plus se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *con* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Su inscripción en Blue Shield 65 Plus se cancelará automáticamente cuando empiece la cobertura de su nuevo plan.
• Medicare Original *sin* un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare.	• **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 65 Plus se cancelará cuando empiece su cobertura de Medicare Original.

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 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 las farmacias de nuestra red o nuestro servicio por correo 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 65 Plus 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 65 Plus 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 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 no paga las primas del plan durante 3 meses calendario.
  - Debemos avisarle por escrito que dispone de 3 meses calendario para pagar la prima del plan antes de que terminemos su membresía.
- 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 y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿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 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

Blue Shield 65 Plus 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

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 siniestral, 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 65 Plus, como Organización de 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.

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:

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.

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:

- **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

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. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios del Capítulo 4. 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).

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.

Beneficios opcionales suplementarios: Los beneficios que no tienen cobertura de Medicare pueden adquirirse mediante el pago de una prima adicional y no se incluyen en su paquete de beneficios. Debe seleccionar voluntariamente los beneficios opcionales suplementarios para obtenerlos.

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 combinados: Esta es la cantidad máxima que pagará durante un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B recibidos a través de proveedores de la red (preferidos) y proveedores fuera de la red (no preferidos).

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 dentro de la red. Las cantidades que usted paga por 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.

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.

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.

Costo compartido estándar: Costo compartido distinto del costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: Costo compartido menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en determinadas farmacias de la red.

Costo compartido: Se refiere a las cantidades que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. 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 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.

Etapa 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.

Etapa 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 65 Plus, usted solo debe pagar las cantidades de 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 médicamente 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.

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 Medicaid.

Médicamente 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 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 para que no estuvieran cubiertas como medicamentos 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 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.

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 de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): Un plan PPO es un plan Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por un pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que los brinden proveedores de la red o fuera de la red. Por lo general, el costo compartido del miembro será mayor si recibe los beneficios del plan por parte de proveedores fuera de la red. Los planes PPO establecen un límite anual para el costo de bolsillo de los servicios brindados por proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor para el costo de bolsillo total combinado de los servicios brindados por proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

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 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 Anual: El período que va del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o sus planes de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Período de Inscripción Especial: Período establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Medicare Original. Usted puede reunir los requisitos necesarios para obtener acceso al Período de Inscripción Especial si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda Complementaria” con sus costos de medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

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 (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.

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.

Servicios cubiertos: Término que usamos en esta Evidencia de Cobertura 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 65 Plus

Modo de contacto	Información de contacto de Atención al Cliente
TEL.	(800) 776-4466 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. 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 65 Plus 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.*

Form Approved
OMB# 0938-1421

blue california

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-776-4466. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-776-4466. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-776-4466。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-776-4466。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-776-4466. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-776-4466. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-776-4466 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-776-4466. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-776-4466 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-776-4466. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن اي اسئلة تتعلق بالصحة او جدول الادوية لدينا. للحصول
ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-776-4466. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-776-4466 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-776-4466. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-776-4466. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-776-4466. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-776-4466. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サ―ビスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-776-4466 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサ― ビスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-776-4466. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-776-4466. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo D77 ats'77s baa 1h1y3 47 doodago azee' bee aa 1h1y3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoolnih77 h0l=. Ata' halne'4 biniiy4go, koj8' 1-800-776-4466 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo[. D77 t'11 j77k'eh bee an1'1wo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-776-4466 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-776-4466។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-776-4466. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-776-4466. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի հետ կապված ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-776-4466 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերեն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سؤالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست با ما به شماره 1-800-776-4466 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-776-4466 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555

blue california