

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2018

Evidencia de cobertura:

Sus Beneficios y Servicios de Salud y Cobertura de Medicamentos recetados de Medicare como Miembro de BlueMedicare Classic (HMO).

Este folleto contiene información detallada sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare para el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018. En él se explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que usted necesita. **Este es un documento legal importante. Manténgalo en un lugar seguro.**

Este plan, BlueMedicare Classic, está a cargo de Florida Blue HMO. (Cuando esta *Constancia de cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Florida Blue HMO. Cuando se hace referencia a “plan” o “nuestro plan”, se refiere a BlueMedicare Classic.)

Florida Blue HMO es un Plan HMO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Florida Blue depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible sin costo en español.

Si necesita información adicional, comuníquese con Servicios para miembros al 1-800-926-6565. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.

Esta información está disponible en formatos alternativos, incluyendo letra grande, cintas de audio, CD y Braille. Si necesita información sobre el plan en otro formato, llame a Servicios para miembros al número que se indica arriba.

Los beneficios y/o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2019.

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso en caso de ser necesario.

Constancia de Cobertura para 2018

Tabla de Contenidos

Esta lista de números de páginas y capítulos es su punto de partida. A fin de obtener más ayuda para encontrar la información que necesita, vaya a la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.**

- Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro 5**
Explica lo que significa estar en un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Le informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, la penalidad por inscripción tardía en la Parte D, su tarjeta de inscripción al plan y cómo mantener actualizado su registro de asegurado.
- Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes..... 26**
Le informa cómo ponerse en contacto con nuestro plan (BlueMedicare Classic) y con otras organizaciones, tales como Medicare, Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el Programa de seguro de salud estatal para las personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar por sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.
- Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos 47**
Explica cosas importantes que debe saber acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas que se tratan se incluye cómo usar los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención en caso de emergencia.
- Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)..... 66**
Brinda detalles sobre qué tipos de atención médica están cubiertos y qué tipos *no* están cubiertos para usted como miembro de nuestro plan. Explica cuánto pagará usted como parte de los costos compartidos de su atención médica cubierta.
- Capítulo 5. Cómo usar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 118**
Explica las normas que debe cumplir cuando recibe sus medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* para saber cuáles son los medicamentos cubiertos. Indica qué tipo de medicamentos *no* están cubiertos. Explica varios tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertas medicamentos. Explica dónde obtener un

medicamento recetado. Explica los programas sobre seguridad de medicamentos y administración de medicamentos del plan.

Capítulo 6. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 145

Brinda información sobre las tres etapas de la cobertura de medicamentos (Periodo de Cobertura Inicial, Etapa de Brecha en la Cobertura, Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos) y de qué manera estas etapas afectan a lo que usted paga por sus medicamentos. Explica los seis niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y le indica cuánto debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos 165

Le explica cuándo y cómo enviarnos una factura cuando desea pedirnos que le reintegremos nuestra parte del costo por las medicamentos o servicios cubiertos.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades 174

Explica los derechos y las responsabilidades que tiene como miembro de nuestro plan. Indica qué puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 194

Se le informa paso a paso lo que debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Explica cómo solicitar decisiones de cobertura y hacer apelaciones si tiene problemas para obtener atención médica o medicamentos recetados que usted cree que son cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos hacer excepciones a las reglas o restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos recetados, y pedirnos mantener la cobertura para atención hospitalaria y determinados tipos de servicios médicos si usted cree que su cobertura va a finalizar pronto.
- Explica cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su inscripción al plan 257

Explica cuándo y cómo puede finalizar su inscripción a nuestro plan. Explica situaciones en que nuestro plan está obligado a finalizar su inscripción.

Capítulo 11. Avisos legales..... 267

Incluye los avisos sobre las leyes vigentes y sobre la no discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 274

Explica los términos clave usados en este folleto.

CAPÍTULO 1

Cómo iniciarse como miembro

Capítulo 1. Cómo iniciarse como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
Sección 1.1	Es miembro de BlueMedicare Classic, el cual es una HMO de Medicare.....	7
Sección 1.2	¿De qué se trata este folleto de <i>Constancia de Cobertura</i> ?	7
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Constancia de Cobertura</i>	7
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe cumplir para ser un miembro del plan?	8
Sección 2.1	Sus requisitos de elegibilidad	8
Sección 2.2	¿Qué son la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare?	8
Sección 2.3	Área de servicios del plan para BlueMedicare Classic	9
Sección 2.4	Ciudadanía o residencia legal en los Estados Unidos	9
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales le proporcionaremos?	9
Sección 3.1	Su tarjeta de miembro del plan - Úsela para obtener toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	9
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : Su guía de todos los proveedores de la red del plan	10
Sección 3.3	El <i>Directorio de Farmacias</i> Su guía de farmacias de nuestra red.....	11
Sección 3.4	La <i>Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)</i> del plan.....	12
Sección 3.5	La <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D	12
SECCIÓN 4	Su prima mensual para BlueMedicare Classic	13
Sección 4.1	¿Cuánto es el pago de la prima de su plan?.....	13
SECCIÓN 5	¿Está obligado a pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?.....	14
Sección 5.1	¿Cuál es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?	14
Sección 5.2	¿Cuál es el valor de la multa por inscripción tardía de la Parte D?.....	14
Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa.....	15
Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?	16
SECCIÓN 6	¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso?	16
Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido al ingreso?	16

Sección 6.2	¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?.....	17
Sección 6.3	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D?.....	17
Sección 6.4	¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D?	18
SECCIÓN 7	Más información sobre su prima mensual.....	18
Sección 7.1	Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de efectuar el pago de su multa	19
Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?	21
SECCIÓN 8	Mantenga actualizado su registro de miembro del plan	21
Sección 8.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted ..	21
SECCIÓN 9	Protegemos la privacidad de su información de salud personal	23
Sección 9.1	Nos aseguramos de que se proteja su información de salud	23
SECCIÓN 10	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	23
Sección 10.1	¿Cuál plan paga primero cuando usted tiene otro seguro?	23

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Es miembro de BlueMedicare Classic, el cual es una HMO de Medicare
--------------------	---

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido obtener su atención médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, BlueMedicare Classic.

Existen distintos tipos de planes de salud de Medicare. BlueMedicare Classic es un plan Medicare Advantage HMO (HMO son las siglas en inglés de organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

Sección 1.2	¿De qué se trata este folleto de <i>Constancia de Cobertura</i>?
--------------------	---

Este folleto de *Constancia de Cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y sus medicamentos recetados cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto explica sus derechos y responsabilidades, qué está cubierto y qué paga usted como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y a los servicios médicos y a los medicamentos recetados que tiene a su disposición como miembro de BlueMedicare Classic.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y qué servicios tiene a su disposición. Le recomendamos que se tome un momento para leer este folleto de *Constancia de Cobertura*.

Si está confundido o preocupado, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para miembros de nuestro plan (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Constancia de Cobertura</i>
--------------------	--

Es parte de nuestro contrato con usted

Esta *Constancia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueMedicare Classic cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier notificación que le enviemos acerca de los cambios en su cobertura o las condiciones que pueden afectar su cobertura. Estas notificaciones, en ocasiones, se denominan “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato se encuentra en vigencia durante los meses en que usted está afiliado a BlueMedicare Classic, entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de BlueMedicare Classic después del 31

de diciembre del 2018. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio distinta, después del 31 de diciembre de 2018.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año.

Medicare (los Centros de servicio a los programas de Medicare y Medicaid) debe aprobar BlueMedicare HMO cada año. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad
--

Usted es elegible para convertirse en miembro de nuestro plan, siempre que:

- Cuento con la Parte A y la Parte B de Medicare (La Sección 2.2 le dice sobre la Parte A y la Parte B de Medicare).
- -- y -- Viva dentro de nuestra área de cobertura geográfica (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de cobertura).
- -- y -- usted es un ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos
- -- y -- no tenga Enfermedad Renal Terminal (ESRD, por sus siglas en inglés), con ciertas excepciones, como si desarrolla ESRD cuando ya es miembro de un plan que ofrecemos o si ya era miembro de un plan diferente que caducó.

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

Cuando se inscribió en un principio a Medicare, usted recibió información sobre los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Recuerde:

- La Parte A de Medicare por lo general ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales (para servicios de hospitalización, Centros de enfermería especializada o agencias para el cuidado de la salud en el hogar).
- La Parte B de Medicare es para la mayoría de otros servicios médicos (tales como servicios de un médico y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (tales como equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 Área de servicios del plan para BlueMedicare Classic

Si bien Medicare es un programa federal, BlueMedicare Classic está disponible solo para las personas que viven en el área de cobertura de nuestro plan. Para permanecer como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en esta área de cobertura. El área de cobertura se describe a continuación:

Nuestra área de cobertura incluye estos condados de Florida: Bay, Brevard, Broward, Charlotte, Citrus, Collier, Duval, Escambia, Lake, Lee, Manatee, Marion, Martin, Santa Rosa, Sarasota, St. Johns, St. Lucie y Sumter.

Si planea mudarse fuera del área de cobertura, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando usted se mude, tendrá un Periodo de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse a un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame a su Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

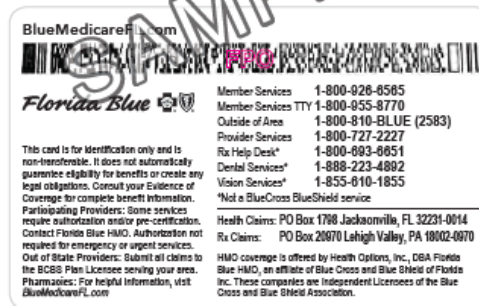
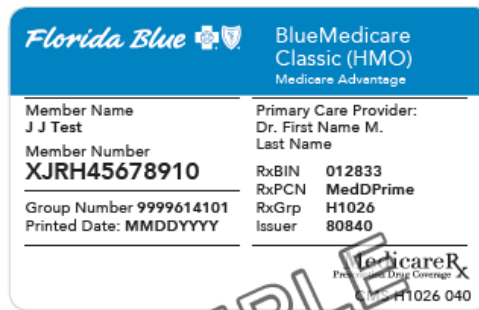
Sección 2.4 Ciudadanía o residencia legal en los Estados Unidos

Todo miembro de un plan de salud Medicare debe ser ciudadano estadounidense o debe residir legalmente en Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificarán a BlueMedicare Classic si usted no es elegible para seguir siendo un miembro de este modo. BlueMedicare Classic debe cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales le proporcionaremos?

Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan - Úsela para obtener toda la atención y las medicamentos recetados cubiertos

Mientras esté inscrito a nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que reciba cualquier servicio que esté cubierto por este plan y para adquirir medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrar su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación se incluye un modelo de tarjeta de miembro, para que la conozca:



Mientras esté inscrito a nuestro plan, **no debe** usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir los cuidados médicos que están cubiertos (a excepción de los estudios de investigación clínica de rutina y los cuidados de centro para enfermos terminales). Guarde su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro, en caso de que la necesite más adelante.

A continuación le explicamos por qué es tan importante: Si usted usa su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de miembro de BlueMedicare Classic para recibir servicios cubiertos mientras es miembro del plan, tal vez deba pagar usted mismo el costo completo.

Si se daña o se pierde su tarjeta de miembro del plan, o se la roban, llame de inmediato a Servicios para miembros y le enviaremos una nueva. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2	El Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de la red del plan
--------------------	--

El *Directorio de Proveedores* tiene una lista de los proveedores de nuestra red.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de cuidados de la salud, grupos médicos, hospitales y otros establecimientos de cuidados de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como el pago completo. Hemos coordinado con estos proveedores para que brinden los cuidados médicos que están cubiertos a los asegurados de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio de Internet **www.BlueMedicareFL.com**.

¿Por qué debe estar informado sobre qué proveedores forman parte de nuestra red?

Es importante saber qué proveedores son parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras es miembro de nuestro plan debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia necesarios cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que BlueMedicare Classic autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Vea el Capítulo 3 (*Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre la cobertura en caso de emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene la copia del *Directorio de Proveedores*, puede obtener una copia de este a través de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si desea más información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas sus calificaciones, puede solicitarla a Servicios para miembros. También puede consultar el *Directorio de Proveedores* en **www.BlueMedicareFL.com**, o descargarlo desde este sitio de Internet. Tanto Servicios para miembros como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada con respecto a los cambios de nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3	El <i>Directorio de Farmacias</i> Su guía de farmacias de nuestra red
--------------------	--

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

¿Por qué debe estar informado sobre las farmacias de la red?

Puede usar el *Directorio de Farmacias* para buscar la farmacia de la red que desea usar. Se han introducido cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un *Directorio de Farmacias* actualizado en nuestro sitio de Internet **www.BlueMedicareFL.com**. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener información actualizada del proveedor o para pedirnos que le enviemos por correo el *Directorio de farmacias*. **Revise el *Directorio de Farmacias 2018* para ver qué farmacias se encuentran dentro de nuestra red.**

El *Directorio de Farmacias* también le dirá qué farmacias en nuestra red tienen costo compartido preferido, que puede ser menor que el costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia de este a través de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede llamar en cualquier momento a Servicios para miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio de Internet, **www.BlueMedicareFL.com**.

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

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*. La denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviar. Le dice qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en BlueMedicare Classic. Nuestro plan, con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de Medicamentos de BlueMedicare Classic.

La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le enviaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio de Internet del plan (www.BlueMedicareFL.com) o llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 **La Explicación de Beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D**

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

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* le indica la cantidad total que usted, u otros en su nombre, han gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D, y el monto total que hemos pagado por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre la *Explicación de Beneficios de la Parte D* y sobre cómo puede ayudarlo a hacer un seguimiento de su cobertura de medicamentos.

También puede obtenerse un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* con una solicitud. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Ahora puede elegir recibir la EOB de la Parte D en línea, en vez de recibirla por correo postal. Para seleccionar esta opción, visite nuestro sitio de Internet www.BlueMedicareFL.com. Inicie sesión en la sección para miembros del sitio de Internet y haga clic en "Mi Plan" (My Plan). A continuación, haga clic en "Farmacia" (Pharmacy). A continuación, haga clic en el enlace “EOB de Farmacias de la Parte D de Medicare” (Medicare Parte D Pharmacy EOBs), en la parte inferior de la página. En la página “Administrar Mi Cuenta” (Manage my Account), haga clic en “Envíenme un Mensaje” (E-mail me), en “Preferencias de Comunicación” (Communication Preferences), para registrarse a fin de recibir actualizaciones por correo electrónico. Una vez que

haya optado por recibir de manera electrónica las EOB de la Parte D, le enviaremos un mensaje de correo electrónico cuando haya una EOB de la Parte D disponible para su revisión en línea. Ya no recibirá sus EOBs de la Parte D por correo.

Si cambia de opinión y desea comenzar a recibir las EOBs de la Parte D por correo nuevamente, puede actualizar sus preferencias de comunicación en la página “Administrar mi Cuenta” (Manage my Account).

SECCIÓN 4 Su prima mensual para BlueMedicare Classic

Sección 4.1 ¿Cuánto es el pago de la prima de su plan?
--

Usted no paga un pago mensual del plan por separado para BlueMedicare Classic. Usted debe continuar realizando el pago de la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicare u otro tercero hagan el pago de la prima de la Parte B por usted).

En algunas situaciones, el pago de su plan puede costar más

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser superior a la cantidad indicada a continuación en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía en la Parte D** porque no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando pasaron a ser elegibles por primera vez o porque transcurrieron 63 días o más consecutivos sin que tuvieran una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Para estos miembros, a la prima mensual del plan se le suma la multa por inscripción tardía en la Parte D. La cantidad de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la multa por inscripción tardía en la Parte D.
 - Si debe pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D, la cantidad de la multa depende del tiempo que esperó antes de afiliarse al plan de medicamentos o la cantidad de meses que estuvo sin cobertura de medicamentos después de reunir los requisitos para recibir cobertura. En el Capítulo 1, Sección 5 se explica en qué consiste la multa por inscripción tardía en la Parte D.
 - Si le han aplicado una multa por inscripción tardía en la Parte D y no la paga, es posible que se dé de baja su inscripción del plan.

SECCIÓN 5 ¿Está obligado a pagar la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

Sección 5.1 ¿Cuál es la “multa por inscripción tardía” de la Parte D?

Nota: Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos recetados, no pagará la multa por inscripción tardía en la Parte D.

La multa por inscripción tardía en la Parte D es un monto que se agrega a su prima de la Parte D. Es posible que deba una multa por inscripción tardía en la Parte D si en cualquier momento después que su período de inscripción inicial ha acabado, hay un período de 63 días o más consecutivos en que no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados o de la Parte D. La “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare ya que se espera que pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. La cantidad de la multa depende de cuánto tiempo esperó para inscribirse a un plan de cobertura de medicamentos recetados acreditable en cualquier momento después de que terminó su periodo de inscripción inicial o cuántos meses calendario completos permaneció sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable. Deberá pagar esta multa mientras siga teniendo cobertura de la Parte D.

Cuando se afilia por primera vez a BlueMedicare Classic, le informamos la cantidad de la multa. Su multa por inscripción tardía en la Parte D se considera su prima del plan.

Sección 5.2 ¿Cuál es el valor de la multa por inscripción tardía de la Parte D?

Medicare determina la cantidad de la multa. A continuación se describe cómo funciona este proceso:

- En primer lugar, cuente la cantidad de meses completos que ha demorado en inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare, después de pasar a ser elegible para dicha inscripción. O bien cuente la cantidad de meses completos durante los cuales no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados, si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si permanece 14 meses sin cobertura, la multa será el 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país respecto del año anterior. Para 2018, esta cantidad de pago mensual promedio es de \$35.02.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y el pago mensual promedio y luego aproxímelo a los siguientes 10 centavos. En este ejemplo, sería el 14% de \$35.02, que equivale a \$4.90. Esto se redondea a \$4.90. Esta cantidad se debe agregar **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

Existen tres aspectos importantes a tener en cuenta sobre esta multa por inscripción tardía en la Parte D mensual:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima promedio mensual puede cambiar cada año. Si la prima promedio nacional (según la determine Medicare) aumenta, su multa aumentará.
- En segundo lugar, **usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el período que esté inscrito a un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare.
- Tercero, si tiene menos de 65 años actualmente, está recibiendo beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D quedará en cero cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial por vejez en Medicare.

Sección 5.3	En algunas situaciones, puede inscribirse tarde y no tener que pagar la multa
--------------------	--

Incluso si se ha demorado en inscribirse a un plan que ofrece cobertura de la Parte D de Medicare cuando pasó a ser elegible por primera vez, en ocasiones, no debe pagar la multa por inscripción tardía en la Parte D.

No deberá pagar una multa de pago por inscripción tardía en la Parte D si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Si ya tiene una cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Medicare la denomina “**cobertura de medicamentos acreditable**”. **Tenga en cuenta:**
 - La cobertura acreditable podría incluir cobertura de medicamentos de un empleador o sindicato anterior, de TRICARE o del Departamento de Asuntos de Veteranos. Su compañía de seguros 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 incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información ya que la puede necesitar si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Tenga en cuenta que:** Si recibe un "certificado de cobertura acreditable" cuando su cobertura de salud termina, podría no significar que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que usted tuvo una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como lo que paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.

- Las siguientes situaciones *no* corresponden a una cobertura de medicamentos recetados acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas, y sitios de Internet con descuento en medicamentos.
- Para obtener información adicional sobre la cobertura acreditable consulte su Manual *Medicare y Usted 2018* o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si se encontraba sin cobertura acreditable pero se encontraba sin ella por menos de 63 días seguidos.
- Si está recibiendo “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 5.4	¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D?
--------------------	--

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitarnos que revisemos la decisión relacionada con su multa por inscripción tardía en la Parte D. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de 60 días** a partir de la fecha en la carta que recibió, indicando que tiene que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6	¿Tiene que pagar una cantidad adicional por la Parte D debido a su ingreso?
------------------	--

Sección 6.1	¿Quién paga una cantidad adicional por la Parte D debido al ingreso?
--------------------	---

La mayoría de las personas deberá realizar un pago mensual estándar por la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan una cantidad adicional debido a su ingreso anual. Si su ingreso es de \$85,000 o más para una persona (o personas casadas que presentan declaraciones por separado) o de \$170,000 o más para parejas casadas, deberá pagarle directamente al gobierno una cantidad adicional por su cobertura de la Parte D de Medicare.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta para informarle cuál será la cantidad adicional y cómo pagarla. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo suele hacer el pago de la prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional que adeuda. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan.**

Sección 6.2 ¿Cuál es la cantidad adicional de la Parte D?

Si su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) como se reportó en su declaración de impuestos ante el IRS es superior a cierta cantidad, pagará una cantidad además de su prima mensual del plan.

La siguiente tabla muestra la cantidad adicional basada en su ingreso.

Si presentó una declaración de impuestos individual y su ingreso en el 2016 fue:	Si estaba casado pero presentó una declaración de impuestos separada y su ingreso en 2016 fue:	Si presentó una declaración de impuestos conjunta y su ingreso en 2016 fue:	Este es el costo mensual de la cantidad adicional de la Parte D (se pagará aparte de su prima del plan)
Igual o menor a \$85,000	Igual o menor de \$85,000	Igual o menor a \$170,000	\$0
Mayor a \$85,000 y menor o igual a \$107,000		Mayor de \$170,000 y menor o igual a \$214,000	\$13.00
Mayor a \$107,000 y menor o igual a \$133,500		Mayor a \$214,000 y menor o igual a \$267,000	\$33.60
Mayor a \$133,500 y menor o igual a \$160,000		Mayor a \$267,000 y menor o igual a \$320,000	\$54.20
Superior a \$160,000	Superior a \$85,000	Mayor a \$320,000	\$74.80

Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional de la Parte D?

Si no está de acuerdo con el pago de la cantidad adicional debido a su ingreso, puede solicitar 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 6.4 ¿Qué sucede si usted no paga la cantidad adicional de la Parte D?

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de la Parte D de Medicare. Si tiene que pagar la cantidad adicional y no la paga, será dado de baja del plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

SECCIÓN 7 Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros deben realizar otros pagos mensuales de Medicare

Muchos miembros deben efectuar otros pagos de primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anterior, a fin de poder afiliarse a nuestro plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare y estar afiliado a la Parte B de Medicare. Por ese motivo, algunos miembros (aquellos que no cumplen los requisitos para la Parte A sin prima) del plan realizan el pago de la prima para la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan realizan el pago de la prima para la Parte B de Medicare. **Usted debe continuar realizando el pago de sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.**

Algunas personas pagan una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como Montos de Ajuste Mensuales Relacionados con el Ingreso, también conocido como IRMAA, por sus siglas en inglés. Si sus ingresos superan los \$85,000 para una persona (o personas casadas que presentan declaraciones por separado) o mayor a \$170,000 para parejas casadas, **debe pagar una cantidad adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Si le corresponde pagar dicha cantidad adicional y no lo hace, usted será desafiado del plan y perderá la cobertura para medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la cual se le indicará el valor de la cantidad adicional.
- Obtenga más información sobre las primas de la Parte D con base en sus ingresos en el Capítulo 1, Sección 6 de este folleto. También puede visitar <https://www.medicare.gov> en Internet o llamar al 1-800- MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. También puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-325-0778.

En su copia de *Medicare y Usted 2018*, en la sección “Costos de Medicare para 2018”, se brinda información sobre las primas de Medicare. Esto explica cómo difieren las primas Parte B y Parte D de Medicare para las personas con diferentes ingresos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* en el otoño de cada año. Las personas que recién ingresan en Medicare la reciben en el término de un mes después de suscribirse. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2018* desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien puede solicitar una copia impresa por teléfono al

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.1	Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varias maneras de efectuar el pago de su multa
--------------------	---

Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay seis maneras de pagar la multa. Si no selecciona una opción de pago en el formulario de inscripción, se le facturará automáticamente todos los meses. Puede solicitar un cambio en el método de pago de multas por inscripción tardía en la Parte D en cualquier momento, llamando a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si decide cambiar la manera en que realiza el pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D, el nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de su nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que recibamos el pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D.

Opción 1: Usted puede pagar con cheque

Si escoge esta opción, se le cobrará (facturará) su multa por inscripción tardía en la Parte D cada mes. El pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D se debe hacer el primer día de cada mes. Puede pagar las multas, enviando un cheque por correo a la siguiente dirección: Florida Blue HMO, PO Box 660289, Dallas, TX 75266-0289. Puede enviar pagos de multa por correo de una noche a Florida Blue HMO, Attn: CCR, Bldg 100 3rd Floor, 4800 Deerwood Campus Pkwy, Jacksonville, FL 32246-6498. También puede pagar con cheque personalmente en cualquiera de los centros de Florida Blue. Visite www.BlueMedicareFL.com para encontrar el centro más cercano a usted. Asegúrese de emitir los cheques pagaderos a Florida Blue HMO (o Health Options, Inc.), no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), a la agencia federal a cargo de Medicare, ni a la agencia matriz de los CMS, al Departamento de Salud y a Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés).

Opción 2: Opción Pago Automático (APO, por sus siglas en inglés)

En vez de pagar con cheque, puede pedir que su multa por inscripción tardía en la Parte D se deduzca automáticamente de su cuenta bancaria. Los pagos se deducirán mensualmente. Las deducciones se realizan el tercer día de cada mes.

Para afiliarse a la Opción de Pago Automático (APO), deberá enviarnos por correo un formulario de autorización debidamente completado, junto con un cheque anulado. Su inscripción entrará en vigencia en un plazo máximo de cuatro semanas. Puede revocar la APO notificándonos y notificando a su institución financiera 15 días antes de la fecha de vencimiento de la multa por inscripción tardía en la Parte D. Si tiene preguntas acerca de la APO o si le gustaría obtener un formulario de autorización, llame a Servicios para miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto), o visite el sitio de Internet de nuestro plan en www.BlueMedicareFL.com.

Opción 3: Usted puede pagar por teléfono

Puede pagar la factura de su multa mensual por inscripción tardía en la Parte D por teléfono usando su número de cuenta de cheques o de ahorros, junto con el número de ruta de nueve dígitos de su institución financiera. Como con los pagos con cheque, estos pagos vencen el primer día de cada mes. Para obtener más información acerca del pago de multa por inscripción tardía en la Parte D por teléfono, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 4: Puede pagar en línea

También puede pagar su prima de plan mensual en nuestro sitio de Internet,

1. Visite **www.BlueMedicareFL.com**
2. Haga clic en **“Member Login”** (Ingreso de Miembro) bajo **“Already a Member”** (Ya es miembro) (botón azul)
3. Haga clic en **“Pay Your Bill” (Pague su factura)**
4. Haga clic en **“Pay Now” (Pague ahora)**

Los pagos en línea se hacen usando una tarjeta de débito sin PIN que sea parte de las redes PULSE, STAR o NYCE. Los pagos realizados con estas tarjetas de débito no se consideran pagos con tarjeta de crédito. Estos pagos vencen el primer día de cada mes. Para obtener más información acerca del pago de su prima en línea, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono aparecen impresos en la contraportada de este folleto) o visite **www.BlueMedicareFL.com**.

Opción 5: Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía de su cheque mensual de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB). Comuníquese con Servicios para miembros si necesita obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Nos complacerá ayudarlo al respecto. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 6: Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social.

Puede deducir el pago de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Nos complacerá ayudarlo al respecto. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

El pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D se debe hacer en nuestra oficina a más tardar el primer día de cada mes.

Si tiene problemas para pagar puntualmente su multa por inscripción tardía en la Parte D, comuníquese con Servicios para miembros para ver si podemos remitirlo a programas que lo ayudarán con el pago de su multa. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 7.2	¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año?
--------------------	---

No. No se nos permite empezar a cobrar una prima mensual del plan durante el año. Si el pago mensual del plan cambia para el siguiente año, le informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que tenga que empezar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D. (La multa por inscripción tardía en la Parte D puede aplicarse si transcurrieron 63 días consecutivos o más sin que tuviera una cobertura de medicamentos recetados “acreditable”). Esto podría suceder si pasa a ser elegible para el programa de "Ayuda Adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda Adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y durante el año es elegible para Ayuda Adicional, podría dejar de pagar la multa.
- Si alguna vez pierde su subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), quedará sujeto a una multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si permanece sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Puede obtener más información sobre el programa de “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 8 **Mantenga actualizado su registro de miembro del plan**

Sección 8.1	Cómo ayudar a garantizar que tengamos información precisa sobre usted
--------------------	--

Su registro de miembro contiene información de su formulario de inscripción, incluidos su número de teléfono y dirección. Muestra la cobertura específica de su plan, incluido su Médico de Cabecera.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber qué servicios y medicamentos tiene usted cubiertos y qué montos debe pagar en gastos compartidos. Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como su empleador, el empleador de su cónyuge, una Compensación para el Empleado por accidentes laborales [Worker’s Comp.] o Medicaid).
- Si tiene un seguro de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ha sido internado en un centro de cuidados médicos no especializados.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área de cobertura o que no pertenezca a la red
- Si designa a otra persona como parte responsable (por ejemplo, su cuidador)
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si cualquiera de esta información cambia, déjenos saber llamando a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede actualizar su información iniciando sesión en la sección de miembros en nuestro sitio de Internet (www.BlueMedicareFL.com). A continuación, seleccione “Mi Cuenta” (My Account). A continuación, puede editar su perfil de miembro y enviarnos mensajes para informarnos sobre los cambios en su información.

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

Vuelva a leer la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que tenga.

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios de nuestro plan. (Para obtener más información acerca de cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año le enviaremos una carta en la que se indicará cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Vuelva a leer detenidamente esa información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no

se menciona, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 9 Protegemos la privacidad de su información de salud personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que se proteja su información de salud

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus registros médicos y de la información de salud personal. Protegemos su información de salud personal, según exigen estas leyes.

Para obtener más información acerca de cómo protegemos su información de salud personal, consulte la Sección 1.4 del Capítulo 8 de este folleto.

SECCIÓN 10 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Cuando tiene otro seguro (como un plan de salud de grupo empleador), hay normas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan u otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se denomina el “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga segundo, que se denomina el “pagador secundario”, paga únicamente si hay costos no cubiertos por la cobertura principal. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos.

Estas normas son aplicables a la cobertura de los planes de salud grupales de un empleador o sindicato:

- Si usted tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en el empleo actual suyo o de un miembro de su familia, quién pague primero va a depender de su edad, el número de personas empleadas por su empleador y si usted tiene Medicare basado en su edad, discapacidad o Enfermedad Renal Terminal (ESRD):
 - Si es menor de 65 años de edad y está discapacitado y usted o un miembro de su familia está todavía trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años de edad y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más o si al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que gane el derecho a recibir cobertura de Medicare.

Por lo general, estos tipos de cobertura pagan primero por los servicios relacionados a cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido seguro para automóvil)
- Responsabilidad (incluido seguro para automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis del minero
- Compensación para el Empleado por accidentes laborales

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

Si tiene otro seguro, infórmelo a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas acerca de quién paga primero o si necesita actualizar la información de su otro seguro, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Es posible que deba proporcionar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y oportunamente.

CAPÍTULO 2

*Números de teléfono
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de BlueMedicare Classic (cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo comunicarse con Servicios para miembros del plan).....	27
SECCIÓN 2	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	34
SECCIÓN 3	Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	36
SECCIÓN 4	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que paga Medicare para evaluar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare).....	37
SECCIÓN 5	Seguro Social	38
SECCIÓN 6	Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)	39
SECCIÓN 7	Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	40
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios	44
SECCIÓN 9	¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro de salud proporcionado por un empleador?	45

SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Classic (cómo comunicarse con nosotros, que incluye cómo comunicarse con Servicios para miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia relacionada con preguntas sobre tarjetas de membresía, reclamaciones o facturación, llame o escriba a Servicios para miembros de BlueMedicare Classic. Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
LLAME AL	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	1-877-955-8773 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
FAX	1-305-716-9333
ESCRIBA A	Servicio al Cliente de Florida Blue HMO P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO DE INTERNET	www.BlueMedicareFL.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica

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

Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de decisión de cobertura.

Método	Decisiones de cobertura para atención médica - Información de
LLAME AL	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	1-800-955-8773 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
FAX	1-904-301-1614 Puede enviarnos solicitudes sobre decisiones de cobertura estándares y rápidas (aceleradas) mediante fax a este número.
ESCRIBA A	Florida Blue HMO Utilization Management Department 4800 Deerwood Campus Parkway Building 900, 5 th Floor Jacksonville, FL 32246

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Apelaciones de atención médica – Información de contacto
LLAME AL	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. NOTA: Por teléfono solo se aceptan solicitudes de apelaciones rápidas (aceleradas) al 1-877-842-9118. Las apelaciones estándar <u>no</u> se aceptan por teléfono.
TTY	1-877-955-8773 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
FAX	1-305-437-7490 NOTA: Envíe únicamente solicitudes de apelaciones rápidas (aceleradas) por fax.
ESCRIBA A	Florida Blue HMO Grievance and Appeals Department: Attn: Medicare Advantage Member Appeals P.O. Box 41609 Jacksonville, FL 32203-1609

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja contra nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de quejas no incluye disputas por cobertura o pago. (Si su problema es acerca de la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja relacionada con su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

Método	Quejas sobre atención médica - Información de contacto
LLAME AL	<p>1-800-926-6565</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.</p>
TTY	<p>1-800-955-8773</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.</p>
FAX	<p>1-305-437-7490</p> <p>NOTA: Envíe únicamente solicitudes de quejas rápidas (aceleradas) por fax.</p>
ESCRIBA A	<p>Florida Blue HMO Grievance and Appeals Department: Attn: Medicare Advantage Member Appeals P.O. Box 41609 Jacksonville, FL 32203-1609</p>
SITIO DE INTERNET DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre BlueMedicare Classic directamente a Medicare. Para enviar una queja por Internet a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación a sus beneficios y su cobertura o a la cantidad que pagaremos por sus medicamentos recetados cubiertos bajo el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Para obtener más información sobre solicitar las decisiones de cobertura de 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)*).

Método	Decisiones de cobertura para medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAME AL	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	1-877-955-8773 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
FAX	1-800-693-6703 NOTA: Puede solicitar decisiones de cobertura estándar y rápida (acelerada) de la Parte D mediante fax.
ESCRIBA A	Prime Therapeutics, LLC Attention: Medicare Appeals Department 1305 Corporate Center Drive, Bldg. N10 Eagan, MN 5512
SITIO DE INTERNET	www.MyPrime.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre 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 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]*).

Método	Apelaciones de medicamentos recetados de la Parte D –
LLAME AL	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
TTY	1-800-955-8773 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
FAX	1-800-693-6703 NOTA: Puede enviar solicitudes sobre decisiones de cobertura estándares y rápidas (aceleradas) mediante fax.
ESCRIBA A	Prime Therapeutics, LLC Attention: Medicare Appeals Department 1305 Corporate Center Drive, Bldg. N10 Eagan, MN 55121
SITIO DE INTERNET	www.MyPrime.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja contra nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluyendo una queja relacionada con la calidad de la atención. Este tipo de quejas no incluye disputas por cobertura o pago. (Si su problema es acerca de la cobertura o el pago del plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja 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)*).

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D – Información de Contacto
LLAME AL	<p>1-800-926-6565</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.</p>
TTY	<p>1-877-955-8773</p> <p>Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.</p>
FAX	<p>1-888-285-2242</p> <p>NOTA: Puede enviar solicitudes de quejas estándares y rápidas (aceleradas) mediante fax.</p>
ESCRIBA A	<p>BlueMedicare/Florida Blue HMO. Atención: Quejas 10826 Farnam Drive Omaha, NE 68154</p>
SITIO DE INTERNET DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre BlueMedicare Classic directamente a Medicare. Para enviar una queja por Internet a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Dónde enviar una solicitud pidiendo que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o un medicamento que usted haya recibido

Para obtener más información sobre situaciones en las cuales es posible que deba solicitar que el plan realice un reembolso o pague una factura que usted haya recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de un medicamento cubierto*).

Tenga en cuenta que: Si nos envía una solicitud de pago y denegamos cualquier parte de su solicitud, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Solicitudes de pago – Información de Contacto
ESCRIBA A	<p><u>Para presentar solicitudes relacionadas con atención médica:</u> Florida Blue HMO P.O. Box 1798 Jacksonville, Florida 32231-0014</p> <p><u>Para presentar solicitudes relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D:</u> Prime Therapeutics (Med-D) P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970</p>
SITIO DE INTERNET	www.BlueMedicareFL.com

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

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (en ocasiones, denominados “CMS”). Esta agencia tiene un contrato con Organizaciones Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO DE INTERNET	<p>https://www.medicare.gov Este es el sitio de Internet gubernamental oficial de Medicare. En él puede encontrar información actualizada sobre Medicare y asuntos actuales de Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados médicos no especializados, médicos, agencias para el cuidado de la salud en el hogar e instalaciones de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar información de contacto de Medicare en su estado. El sitio de Internet de Medicare también tiene información detallada acerca de su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Herramienta de Elegibilidad de Medicare: Brinda información del estado de elegibilidad de Medicare.• Buscador de Plan de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, planes de salud de Medicare, y pólizas de Medigap (Seguro Suplementario a Medicare) en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de a su cargo en los diferentes planes de Medicare. <p>También puede usar el sitio de Internet para comunicar a Medicare cualquier queja que pueda tener usted con respecto a BlueMedicare Classic:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hable con Medicare acerca de su queja: Puede presentar una queja sobre BlueMedicare Classic directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio los reclamos y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, tal vez la biblioteca o el centro de jubilados locales puedan facilitarle una para visitar este sitio de Internet. O bien puede llamar a Medicare y solicitar a un representante la información de su interés. Éste buscará la información en el sitio de Internet, la imprimirá y se la enviará. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

SECCIÓN 3 Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

El Programa de asistencia para seguro médico estatal (SHIP) es un programa gubernamental que tiene asesores capacitados en cada estado. En Florida, SHIP se denomina SHINE (Serving Health Insurance Needs of Elders [Atención de necesidades de seguro médico de ancianos]).

SHINE es independiente (no está relacionada con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare.

Los asesores de SHINE pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y ayudarlo a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y a responder sus preguntas acerca de pasarse a otros planes.

Método	SHINE (SHIP de Florida) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-963-5337
TTY	1-800-955-8773 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO DE INTERNET	www.FLORIDASHINE.org

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que paga Medicare para evaluar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)

Existe una Organización para el mejoramiento de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En el estado de Florida la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se denomina KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Esta organización es financiada por Medicare para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto.
- Considera que la cobertura para su atención médica en el hogar, su atención en un centro de cuidados médicos especializados o los servicios de una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) terminan demasiado pronto.

Método	KEPRO (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Florida) – Información de contacto
LLAME AL	1-844-455-8708 El horario es de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del Este, Central y de la Montaña, y los sábados, domingos y feriados, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. hora del Este, Central y de la Montaña.
TTY	1-855-843-4776 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	KEPRO 5201 W. Kennedy Boulevard Suite 900 Tampa, FL 33609
SITIO DE INTERNET	www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar quienes cumplen los requisitos de inscripción de Medicare y de gestionar el proceso de inscripción a Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes que tienen 65 años de edad o más, o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal Terminal, y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción a Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse a Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción a Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quiénes deben pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a sus altos ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social donde se le informa que debe pagar una cantidad adicional y tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos disminuyeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar que se reconsidere esta decisión.

Si se muda o cambia de dirección de correo, es importante que se comunique con el Seguro Social para que estén enterados.

Método	Seguro Social – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y resolver algunos asuntos las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO DE INTERNET	https://www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid (un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados)

Medicaid es un programa del gobierno federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid.

Además, hay programas ofrecidos a través de Medicaid para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como los pagos mensuales. Estos “Programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés)** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coaseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario de Medicare Especificado de Bajos Ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona Calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas y Trabajadoras que Califican (QDWI, por sus siglas en inglés):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica de Florida.

Método	Agencia para la Administración de la Atención Médica (Programa Medicaid de Florida) – Información de contacto
LLAME AL	1-888-419-3456 El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora del Este.
TTY	1-800-955-8771 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO DE INTERNET	http://ahca.myflorida.com/Medicaid/

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare brinda "Ayuda Adicional" para pagar los costos de los medicamentos recetados a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de los medicamentos recetados del plan de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también se acumula en sus costos a su cargo.

Las personas con ingresos y recursos limitados pueden reunir los requisitos para recibir "Ayuda Adicional". Algunas personas reúnen, automáticamente, los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" y no necesitan solicitarla. Medicare les envía una carta a las personas que, automáticamente, reúnen los requisitos para recibir "Ayuda Adicional".

Usted puede obtener "Ayuda Adicional" para efectuar sus pagos de primas y pagar los costos de los medicamentos recetados. A fin de confirmar si reúne los requisitos para recibir "Ayuda Adicional", llame al:

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

Si considera que usted cumple los requisitos para recibir "Ayuda Adicional" y que paga una cantidad incorrecta en concepto de costo compartido cuando obtiene sus medicamentos recetados en la farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener una constancia de su nivel apropiado de copago o, en caso de que ya la tenga, presentarnos dicha constancia.

- **Si usted no puede proporcionar constancia de elegibilidad para recibir “Ayuda Adicional”:**
 - Les pediremos a usted o a su representante (por ejemplo, su farmacéutico) determinada información, incluido cuándo se le acabará su medicamento.
 - Presentaremos su solicitud a los Centros de Servicio a los programas de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, un día hábil después de haberla recibido. Los CMS se pondrán en contacto con la oficina de Medicaid de su estado para determinar su situación e informarnos los resultados antes de la fecha en que usted indicó que se le acabaría su medicamento o en un plazo de diez días, lo que ocurra primero.

- Si tiene medicamentos para menos de tres días, los CMS se comunicarán con la oficina de Medicaid de su estado en el plazo de un día de recibida la solicitud que presentamos en su nombre y nos informarán los resultados en un día hábil de recibida la respuesta del estado.
- Procuraremos notificarle los resultados de la averiguación de los CMS un día laborable después de recibirlos. Si no podemos comunicarnos con usted la primera vez que lo intentemos, haremos hasta tres intentos más para notificarle. Nuestro cuarto intento será por escrito. En nuestra notificación se incluirá la información de contacto de los CMS en caso de que usted no esté de acuerdo con los resultados de la investigación.
- Nosotros le proporcionaremos sus medicamentos a un nivel de costo compartido reducido tan pronto averigüemos que usted es elegible para recibir “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos recetados.
- **Si usted tiene constancia de elegibilidad para recibir “Ayuda Adicional”:**
 - Debemos aceptar cualquiera de los siguientes tipos de constancia como prueba de que usted es elegible para recibir “Ayuda Adicional”. Usted o su farmacéutico, defensor, representante, un familiar u otra persona que actúe en su nombre pueden presentar la constancia. Cada uno de los elementos que aparecen a continuación debe reflejar que usted fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad;
 - Una copia de un documento estatal que confirme su situación activa con Medicaid.
 - Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica de su estado, que refleje la situación con Medicaid.
 - Una copia impresa de la información en pantalla del sistema de Medicaid de su estado, que refleje la situación con Medicaid después de junio del año calendario anterior;
 - Otra documentación proporcionada por el estado, que refleje su situación con Medicaid;
 - Un informe de contacto, que incluya la fecha en que se realizó una llamada de verificación a la agencia de Medicaid del estado y el nombre, cargo y número de teléfono del personal del estado que verificó la situación con Medicaid.
 - Un comprobante emitido por un establecimiento de cuidados a largo plazo que refleje que Medicaid paga por usted durante todo un mes calendario.
 - Una copia de un documento estatal que confirme que Medicaid paga, en su nombre, a un establecimiento de cuidados a largo plazo durante todo un año calendario;

- Una copia impresa de la información en pantalla del sistema de Medicaid de su estado, que refleje su estado institucional basado en una estadía de, al menos, un mes calendario completo para fines de pago de Medicaid;
 - Una copia de un documento estatal que confirme su situación activa con Medicaid y que refleje que está recibiendo servicios basados en la comunidad y en el hogar.
 - Una Notificación de Adjudicación de Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI, por sus siglas en inglés) con fecha de vigencia.
 - Una carta de información importante de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que confirme que “automáticamente es elegible para “Ayuda Adicional”.
- Cuando recibamos la constancia que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda abonar el copago correcto la próxima vez que deba obtener su medicamento recetado en la farmacia. Si paga más del copago que le corresponde, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque por la diferencia, o bien, ajustaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo considera como una deuda suya, es posible que le paguemos directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare

El Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare proporciona descuentos de fabricantes en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la brecha en la cobertura y no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Para medicamentos de marca, el descuento del 50 % proporcionado por los fabricantes excluye cualquier tarifa de despacho para los costos en la etapa sin cobertura. Los miembros pagan el 35% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para medicamentos de marca.

Si llega a la brecha de la cobertura, automáticamente aplicaremos el descuento cuando su farmacia le facture por sus medicamentos recetados y la Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D) mostrará cualquier descuento que se haya proporcionado. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan hacia sus costos a su cargo como si los hubiera pagado y lo mueven en la brecha de cobertura. El monto pagado por el plan (15%) no cuenta como parte de sus costos a su cargo.

También recibe algo de cobertura por los medicamentos genéricos. Si alcanza la brecha en la cobertura, el plan paga el 56% del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 44% restante del precio. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (56%) no cuenta como parte de sus costos a su cargo. Sólo la cantidad que usted paga cuenta y contribuye a que usted pase la brecha en la cobertura. Además, la tarifa de suministro se incluye como parte del costo del medicamento.

El Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare está disponible a nivel nacional. Debido a que BlueMedicare Classic ofrece una Brecha en la Cobertura adicional durante la etapa de brecha en la cobertura, los costos a su cargo a veces serán inferiores a los costos que aquí se describen. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la Etapa de Brecha en la Cobertura.

Si tiene alguna pregunta relacionada con los descuentos disponibles para las medicamentos que está tomando o sobre el Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare en general, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos para personas con SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés)?

¿Qué es el Programa de Asistencia con medicamentos para personas con SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia con Medicamentos para personas con SIDA (ADAP) ayuda a que las personas que viven con VIH/SIDA elegibles a ADAP tengan acceso a los medicamentos vitales contra el VIH. Los medicamentos recetados de la parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Asistencia con Medicamentos para personas con SIDA (ADAP) califican para una asistencia de costos compartidos de medicamentos del Programa de Asistencia con medicamentos para Personas con SIDA de Florida. **Nota:** Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluida una prueba de residencia en el estado y de estado de VIH, bajos ingresos de acuerdo a como lo define el estado, y estado de no asegurado/sub asegurado.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, éste puede continuar proporcionándole asistencia de costo compartido con las medicamentos recetados de la Parte D de Medicare para las medicamentos en el formulario de ADAP. Para asegurar que continúe recibiendo asistencia, notifique a su trabajador local de inscripciones de ADAP de cualquier cambio de nombre o número de póliza de su Parte D de Medicare. Para comunicarse con el ADAP de Florida, llame al 1-800-352-2437 (TTY 1-888-503-7118) o envíeles un correo a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

Para obtener información acerca de los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 (TTY 1-888-503-7118), o envíe un correo al ADAP de Florida a: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

¿Qué ocurre si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para ayudarle con el pago de los costos de sus medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si recibe “Ayuda Adicional”, usted ya obtiene cobertura para los costos de sus medicamentos recetados durante la brecha en la cobertura.

¿Qué pasa si no recibe un descuento y usted considera que debería haberlo recibido?

Si considera que ya alcanzó la brecha en la cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó por su medicamento de marca, debe revisar su siguiente aviso de *Explicación de Beneficios* de la Parte D (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de Beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos recetados están correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que se le debe un descuento, puede apelar. Para presentar una apelación puede obtener ayuda de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este Capítulo) o llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe su Medicare a través de Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les haga saber si se muda o cambia su dirección de correo postal.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Esta línea atiende de lunes a viernes, de 09:00:00 a.m. a 3:30 p.m. Si tiene un teléfono digital, tiene a su disposición información grabada y servicios automatizados las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO DE INTERNET	https://secure.rrb.gov/

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

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su grupo empleador o de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su grupo empleador o de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en este plan.

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

CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan
para sus servicios médicos*

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1	Lo que debe saber acerca de cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	49
Sección 1.1	¿Qué significa “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?.....	49
Sección 1.2	Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por el plan	49
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica	51
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención médica	51
Sección 2.2	¿Qué clases de atención médica se pueden obtener sin la aprobación por adelantado de su médico de atención primaria?	52
Sección 2.3	Cómo obtener atención de los especialistas y de otros proveedores de la red.....	54
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red	56
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	56
Sección 3.1	Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica.....	56
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de atención	57
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre.....	58
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le cobra directamente el costo completo de los servicios cubiertos?	59
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los cuidados médicos que están cubiertos	59
Sección 4.2	Si los servicios médicos no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo completo.....	59
SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	60
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	60
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga cada gasto?.....	61

SECCIÓN 6	Normas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”	62
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?	62
Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud cubre nuestro plan?	62
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipo médico duradero	63
Sección 7.1	¿Será el equipo médico duradero propiedad suya después de efectuar cierto número de pagos bajo nuestro plan?	63

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

Este capítulo le indica lo que necesita saber sobre cómo usar el plan para obtener su atención médica cubierta. Brinda definiciones de términos y explica las normas que usted debe cumplir para obtener los tratamientos médicos, los cuidados médicos y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener información detallada sobre la atención médica que está cubierta por nuestro plan y la cantidad que debe pagar cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios que aparece en el próximo capítulo, el Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

Sección 1.1 ¿Qué significa “proveedores de la red” y “servicios cubiertos”?

A continuación se incluyen algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender cómo obtener la atención y los cuidados médicos que, como miembro de nuestro plan, usted tiene cubiertos:

- **Los “proveedores”** son médicos y otros profesionales de atención médica que el estado autoriza para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y a otros establecimientos de atención médica.
- **Los “proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros establecimientos de cuidados de la salud que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Hemos coordinado con estos proveedores para que brinden los cuidados médicos que están cubiertos a los asegurados de nuestro plan. Los proveedores en nuestra red nos facturan directamente por el cuidado que le brindan a usted. Cuando consulta a un proveedor de la red, usted paga únicamente su parte del costo por sus servicios.
- **Los “servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de salud, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios que están cubiertos para atención médica se incluyen en la tabla de beneficios que aparece en el Capítulo 4.

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

Como un plan de salud de Medicare, BlueMedicare Classic debe cubrir todos los servicios cubiertos por Medicare Original y debe seguir las normas de cobertura de Medicare Original.

BlueMedicare Classic, por lo general, cubrirá su atención médica, siempre que:

- **La atención que reciba está incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que reciba se considera médicamente necesaria.** “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP, por sus siglas en inglés) de la red, quien proporciona y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su médico de atención primaria debe otorgarle su aprobación por adelantado antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de cuidados médicos especializados o agencias para la atención médica en el hogar. Esto se denomina brindar una “derivación”. Para mayor información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requiere un remitido de su PCP en casos de atención de emergencia o de atención de urgencia necesaria. También hay algunas otras clases de atención que puede obtener sin la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información acerca de este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 en este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan). *A continuación, se presentan tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia necesarios que obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información acerca de este tema, y para consultar qué significa servicios de emergencia o de urgencia necesarios, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar dicha atención, puede obtener esa atención de un proveedor fuera de la red. Antes de que reciba atención de un proveedor fuera de la red, su médico de atención primaria debe obtener autorización por parte del plan en su nombre. En esta situación, pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera obtenido la atención de un proveedor de la red. Para obtener información acerca de cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis del riñón que reciba en un establecimiento de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de cobertura del plan.

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

Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que proporcione y supervise su atención médica
--------------------	---

¿Qué es un “médico de atención primaria” y qué es lo que hace por usted?

Cuando pasa a ser miembro de nuestro Plan, tiene que elegir un proveedor del plan para que sea su médico de cabecera. Si no elige un PCP, le asignaremos uno. Un médico de atención primaria puede estar incluido en su *Directorio de Proveedores* como médico de consultorio de medicina familiar, práctica médica general, médico pediatra, médico geriatra o de medicina interna. El médico que elige como su PCP (o que fue asignado como su PCP) es el primer punto de contacto para sus preocupaciones de salud y la persona principal encargada de mantener sus registros médicos.

Usted recibe su atención médica básica y de rutina de su PCP. Debido a que su PCP conoce su historia y sus necesidades de atención médica, puede determinar cuándo necesita obtener cuidados de otros proveedores de atención médica (como especialistas y hospitales). Él o ella coordinan la atención que usted recibe como miembro de nuestro Plan y ayuda a coordinar algunos servicios que necesita. Estos servicios incluyen:

- Servicios radiológicos ambulatorios (por ejemplo, terapia de radiación, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas);
- Pruebas y procedimientos de diagnóstico ambulatorios (por ejemplo, exámenes cardiovasculares y pruebas de alergia);
- Terapias ambulatorias;
- Atención de médicos que son especialistas,
- Admisiones hospitalarias; y
- cuidado de seguimiento.

Si usted necesita determinados tipos de cuidados médicos o suministros que están cubiertos, su Médico de Cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) deberá obtener nuestra autorización (aprobación) previa. Además, su PCP tendrá que darle una derivación antes de que vea a la mayoría de tipos de especialistas. Si no tiene una derivación de su PCP, los servicios que reciba de la mayoría de especialistas no estarán cubiertos por nuestro plan.

TEN EN CUENTA: En la mayoría de los casos, si ve a otro proveedor de salud médica, incluyendo otro médico de atención primaria, sin primero ver y obtener una derivación de **su médico de atención primaria** (el proveedor que elige o que el plan le asignó), su atención no estará cubierta por nuestro plan. La Sección 2.2 incluye una lista de servicios que puede recibir sin obtener primero un referido de su médico de atención primaria. Este requisito no se aplica si necesita atención de urgencia o de emergencia.

¿Cómo elige a su médico de cabecera?

Al llenar su formulario de inscripción a BlueMedicare Classic, encontrará una sección en la que debe indicar su elección de un PCP. Recuerde: Si en su formulario de inscripción no elige un médico de atención primaria, se le asignará uno. Para obtener ayuda en la elección de su PCP, por favor llame a Servicios para miembros al 1-800-926-6565. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-955-8773.

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP pueda dejar nuestra red de proveedores del plan y tendría que encontrar un PCP nuevo.

Puede cambiar de médico de atención primaria, al llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al acceder a nuestro sitio de Internet, www.BlueMedicareFL.com. Si llama a Servicios para miembros, asegúrese de comunicarnos si recibe servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su médico de atención primaria (como servicios de atención médica en el hogar y determinados tipos de equipos médicos duraderos). Lo ayudaremos a asegurarse de que, cuando cambie a un médico de atención primaria nuevo, continúe recibiendo los mismos servicios que recibía hasta ese momento. También verificaremos que el PCP al que se quiere cambiar esté aceptando nuevos pacientes.

Si recibimos una solicitud para cambiar su médico de atención primaria, el cambio entrará en vigencia el primero del siguiente mes. Si necesita atención, continúe acudiendo a su médico de atención primaria actual hasta la fecha en la que el cambio entra en vigencia. Cuando nos llame, le informaremos acerca de cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo médico de atención primaria.

Sección 2.2	¿Qué clases de atención médica se pueden obtener sin la aprobación por adelantado de su médico de atención primaria?
--------------------	---

Puede obtener los servicios que aparecen a continuación sin la aprobación por adelantado de su médico de atención primaria.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías (radiografía del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que se los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un

proveedor de la red.

- Todos los demás servicios de atención médica preventiva, siempre que los obtenga de un proveedor de la red.
- Atención que recibe de los siguientes tipos de proveedores, siempre y cuando su atención sea proporcionada por proveedores de la red:
 - Proveedores de servicios de atención de la vista de rutina,
 - Proveedores de servicios de audición de rutina,
 - Quiroprácticos,
 - Dentistas,
 - Proveedores de salud mental para pacientes ambulatorios y tratamiento de abuso de sustancias,
 - Dermatólogos,
 - Podólogos
 - Servicios como paciente hospitalizado
 - Hospital psiquiátrico para pacientes hospitalizados
 - Centro de enfermería especializada
 - Hospitalización parcial:
 - Servicios de salud a domicilio
 - Centro de atención ambulatoria
 - Cirugías ambulatorias (centro quirúrgico ambulatorio y hospital), y
 - Servicios Sanguíneos para Pacientes Ambulatorios
- Servicios de emergencia de los proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia necesarios de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles temporalmente o no estén accesibles (por ejemplo, cuando se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura del plan).
- Servicios de diálisis del riñón que reciba en un establecimiento de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté temporalmente fuera del área de cobertura del plan. (Si es posible, llame a Servicios para miembros antes de abandonar el área de cobertura para que podamos ayudarle a hacer los arreglos necesarios para que pueda recibir su diálisis de mantenimiento mientras se encuentra lejos. Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto.)

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Existen muchas clases de especialistas. Algunos ejemplos son:

- Oncólogos, que brindan atención a los pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que brindan atención a los pacientes con afecciones cardíacas.
- Ortopedistas, que brindan atención a los pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Usted necesitará un remitido de su médico de atención primaria antes que consulte a cualquier especialista, excepto a los especialistas que se encuentran anteriormente mencionados en la Sección 2.2. Para todos los demás especialistas necesitará una derivación de su PCP.

Si usted necesita determinados tipos de cuidados médicos o suministros que están cubiertos, su Médico de Cabecera (PCP, por sus siglas en inglés) deberá obtener nuestra autorización (aprobación) previa. La siguiente es una lista de servicios y suministros para los que se necesita autorización previa:

- Atención para pacientes hospitalizados;
- Atención de salud mental para pacientes hospitalizados;
- atención en un Centro de Cuidados Médicos Especializados;
- Cuidados de la Salud en el Hogar;
- Servicios de hospitalización parcial;
- Ciertos servicios hospitalarios ambulatorios;
- Servicios recibidos en un centro quirúrgico ambulatorio;
- Servicios de ambulancia, **excepto en casos de emergencia;**
- Servicios de terapia ocupacional/física/del habla;
- Ciertos servicios radiológicos ambulatorios (por ejemplo, terapia de radiación, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas);
- Ciertas pruebas y procedimientos de diagnóstico ambulatorios (por ejemplo, exámenes cardiovasculares y pruebas de alergia);
- Servicios de especialidades de salud mental para pacientes ambulatorios no urgentes (por ejemplo, terapia electroconvulsiva y estimulación magnética transcraneal);
- Servicios para abuso de sustancias para pacientes ambulatorios que no son de emergencia;

- Ciertos servicios y suministros para la diabetes;
- Algunos tipos de equipos médicos duraderos, suministros prostéticos/ortopédicos y médicos;
- Servicios oculares cubiertos por Medicare (excepto examen de retina diabética y pruebas de detección de glaucoma);
- Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare; y
- Cobertura de medicamentos recetados por la Parte B de Medicare Original, excepto para inyecciones contra alergias.

La Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4 también indica qué servicios requieren que su PCP obtenga una autorización previa de nuestro plan antes de que usted los reciba. Los servicios están en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red se retiran de nuestro plan?

Podríamos hacer cambios a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen muchos motivos por los que su proveedor podría tener que dejar su plan, pero si su médico o especialista sale de su plan tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le ofrezcamos acceso ininterrumpido a médicos y especialista calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para ofrecerle al menos 30 días de aviso de que su proveedor está saliendo de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si se encuentra recibiendo tratamiento médico tiene derecho a solicitar que el tratamiento médico necesario que está recibiendo no sea interrumpido, y trabajaremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si piensa que no hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior, o que su atención no está siendo administrada apropiadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o su especialista está saliendo del plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Póngase en contacto con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para obtener más información acerca de los derechos que tiene con respecto a la continuación de su atención.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Normalmente, debe recibir atención por parte de los proveedores de la red para que el plan cubra su atención. Sin embargo, si necesita recibir cobertura por atención médica de emergencia, el plan cubrirá los servicios provistos por proveedores fuera de la red. También cubriremos los servicios prestados por proveedores fuera de la red si usted recibe atención de urgencia y no puede utilizar un proveedor de red. Cubrimos servicios de diálisis tanto dentro como fuera de la red. Por último, si necesita atención médica especializada que nuestros proveedores no pueden ofrecer, cubriremos la atención en el momento en que la reciba por parte de un proveedor fuera de la red. En esta situación, antes de que reciba atención de un proveedor fuera de la red, su médico de atención primaria debe obtener autorización por parte del plan en su nombre.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención cuando tiene una emergencia médica

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si le sucede?

Una “**emergencia médica**” se refiere a cuando usted o cualquier otra persona no profesional prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicamentos, cree que tiene síntomas médicos que requieren de una atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más pronto posible.** Llame al 911 o diríjase a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, en caso de ser necesario. No es necesario que obtenga la aprobación ni la derivación de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Debemos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona debe llamarnos e informarnos sobre su atención de emergencia, normalmente en un plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para miembros al número de teléfono que aparece en el reverso de su tarjeta de miembro.

¿Qué se encuentra cubierto si tiene una emergencia médica?

Puede obtener la cobertura por atención médica de emergencia cuando la necesite, a nivel internacional. Nuestro plan cubre servicios de ambulancia para situaciones en las que dirigirse a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto.

Nuestro plan incluye la cobertura de atención de emergencia que recibe en los Estados Unidos (y sus territorios) y en el extranjero. **Sin embargo, nuestra cobertura de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos no incluye los servicios de transporte de emergencia.** Los servicios de transporte de emergencia están cubiertos cuando se proporcionan en los Estados Unidos. Vea el Capítulo 4 para obtener más información sobre la cobertura de emergencia.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brindan atención de emergencia para ayudar a manejar y hacer el seguimiento de su atención. Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y cuándo ha finalizado la emergencia médica.

Una vez que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurar que su condición siga estable. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan. Si la atención de emergencia es proporcionada por proveedores fuera de la red, trataremos de coordinar con los proveedores de la red para que se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

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

En ocasiones, puede resultar difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, podría recurrir a atención de emergencia (pensando que su salud corre grave peligro) y el médico puede decirle que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si, finalmente, no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención, siempre que usted haya considerado, razonablemente, que su salud corría grave peligro.

Sin embargo, una vez que el médico determine que *no* se trató de una emergencia, por lo general *únicamente* cubriremos la atención adicional si usted la obtiene a través de alguna de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- - o - La atención adicional que recibe se considera “atención de urgencia necesaria”, y usted cumple con las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información acerca de este tema, consulte la Sección 3.2 que aparece a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de atención
--------------------	---

¿Qué son “servicios de urgencia necesarios”?

Los “servicios de urgencia necesarios” son una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia necesaria puede ser proporcionada por proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente. La afección inesperada puede, por ejemplo, ser el brote de una enfermedad conocida que usted padezca.

¿Qué sucede si se encuentra en el área de cobertura del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe intentar obtener servicios de urgencia necesarios de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran temporalmente disponibles ni accesibles y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red vuelva a estar disponible, cubriremos servicios de urgencia necesarios que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Usted puede recibir servicios de atención de urgencia de su médico o en un servicio de urgencias. Para obtener una lista de los proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores*. Consulte el *directorio de proveedores* en **www.BlueMedicareFL.com**. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de cobertura del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando se encuentra fuera del área de cobertura y no puede obtener atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia necesarios que obtenga de cualquier proveedor.

Nuestro plan incluye cobertura de atención de urgencia necesaria en cualquier lugar del mundo. Para obtener información adicional sobre cobertura para atención de urgencia necesaria fuera de los Estados Unidos, consulte el Capítulo 4. No cubrimos el transporte en ambulancia fuera de los Estados Unidos o sus territorios.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y servicios humanos de los Estados Unidos o el Presidente de los Estados Unidos declaran estado de emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene el derecho de recibir atención médica de su plan de salud.

Visite el siguiente sitio de Internet: **www.BlueMedicareFL.com** para obtener más información sobre cómo obtener atención necesaria durante un desastre.

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

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le cobra directamente el costo completo de los servicios cubiertos?

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los cuidados médicos que están cubiertos
--------------------	--

Si usted ha pagado más de lo que le corresponde por servicios cubiertos o si ha recibido una factura por el costo completo de servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte 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 médicos no están cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar el costo completo
--------------------	---

BlueMedicare Classic cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, que se encuentran en la Tabla de Beneficios Médicos (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este folleto), y que se obtienen de manera consistente con las normas del plan. Usted debe pagar el costo completo de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea debido a que no son servicios cubiertos por el plan o se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene dudas sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando recibir, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a solicitar esto por escrito. Si decidimos que no cubriremos sus servicios, usted tiene derecho a apelar en contra de nuestra decisión de no cubrir su atención.

El Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) contiene más información sobre qué debe hacer si desea que nosotros tomemos una decisión de cobertura o si desea apelar una decisión que ya hayamos tomado. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Para los servicios cubiertos y sujetos a un límite de beneficios, usted deberá pagar el costo completo de cualquier servicio que obtenga después de que haya agotado su beneficio para ese tipo de servicios cubiertos. Además, una vez que alcance un límite de beneficios, cualquier costo adicional que pague por servicios que están cubiertos bajo ese beneficio **no contarán** bajo ningún máximo de costos a su cargo del plan. Cuando desee averiguar cuánto ha usado de su límite de beneficios, puede llamar a Servicios para miembros.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado "ensayo clínico") es uno de los métodos que emplean los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica, como, por ejemplo, qué tan efectivo es un nuevo medicamento contra el cáncer. Los investigadores hacen pruebas de nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, en las que solicitan voluntarios para que colaboren en el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y a los científicos a determinar si un nuevo método es efectivo y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para miembros de nuestro plan. Primero, Medicare debe aprobar el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que Medicare *no* haya aprobado, *deberá pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, una persona que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más detalles sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están dirigiendo el estudio. Usted puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte completamente lo que implica participar en éste.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir estando inscrito a nuestro plan y continuar recibiendo a través de nuestro plan el resto de su atención (la atención no relacionada con el estudio).

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que obtenga nuestra aprobación ni la de su médico de cabecera. *No* es necesario que los proveedores que le brindan la atención como parte del estudio de investigación clínica sean parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Si bien no es necesario que obtenga el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos antes de comenzar a participar en un estudio de este tipo.**

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) para informarles que va a participar en un ensayo clínico y para obtener más información específica sobre lo que su plan pagará.

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

Si participa en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tendrá cubiertos los artículos y servicios médicos de rutina que recibe como parte del estudio, tales como:

- Habitación y alimentación para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no estuviera participando en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que sean parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que surjan del nuevo método de atención.

Original Medicare pagará la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte de los costos por estos servicios, nuestro plan también pagará parte de los costos. Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y el costo compartido que usted debe pagar como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si los recibiera de nuestro plan.

A continuación se presenta un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos:

Supongamos que, como parte del estudio de investigación, usted debe hacerse un examen de laboratorio que cuesta \$100. Digamos también que su parte del costo para este examen es de \$20 bajo Original Medicare, pero que bajo los beneficios de nuestro plan sería de solo \$10. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el examen y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es la misma cantidad que pagaría bajo los beneficios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte de los costos, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de sus Avisos de Resumen de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Para obtener más información acerca de cómo presentar las solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el nuevo artículo ni servicio que se esté probando en el estudio, salvo en los casos en que Medicare cubriría el artículo o el servicio incluso si usted *no* estuviera participando en un estudio.
- Los artículos y los servicios que el estudio le proporcione a usted o a cualquier participante en forma gratuita.
- Los artículos o los servicios que se proporcionen únicamente para recopilar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagará

tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo afiliarse a un estudio de investigación clínica leyendo la publicación “Medicare y los estudios de investigación clínica” (Medicare and Clinical Research Studies) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no médica de atención de la salud es un centro que brinda atención para una afección que, normalmente, sería tratada en un hospital o un centro de cuidados médicos especializados. Si obtener atención en un hospital o en un centro de cuidados médicos especializados va en contra de las creencias religiosas de un afiliado, en su lugar le brindaremos cobertura para atenderse en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Puede elegir procurar atención médica en cualquier momento, por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona únicamente para servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de atención de la salud). Medicare únicamente pagará por los servicios no médicos de atención de la salud que proporcionen instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud cubre nuestro plan?
--------------------	---

Para recibir atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal donde declare que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- Atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que es *voluntario* y que *no es exigido por* ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención o tratamiento médico que usted recibe, que *no es voluntario* o *que es exigido* en virtud de las leyes federales, estatales o locales.

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

- El establecimiento que proporciona la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un establecimiento, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir los cuidados médicos que están cubiertos de atención en un hospital para pacientes hospitalizados o atención en un centro de cuidados médicos especializados.
 - – y – debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado, antes de su ingreso al establecimiento; de lo contrario, no se cubrirá su hospitalización.

Nuestro plan ofrece cobertura ilimitada para la atención que recibe durante su estadía en una institución religiosa no médica de atención de la salud, siempre y cuando la condición que tiene normalmente sería tratada en un hospital.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será el equipo médico duradero propiedad suya después de efectuar cierto número de pagos bajo nuestro plan?
--

El equipo médico duradero (DME, Durable medical equipment) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, dispensadores de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección se discuten otros tipos de DME que se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan cierto tipo de DME pasan a ser propietarias del equipo después de hacer copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como afiliado de BlueMedicare Classic, usted no adquiere la propiedad del DME alquilado sin importar cuantos copagos hace por el artículo mientras sea un miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME bajo Medicare Original antes de afiliarse a nuestro plan, no obtendrá propiedad del equipo, independientemente de cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

¿Qué ocurre con los pagos que ha realizado por el equipo médico duradero si se cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá hacer 13 nuevos pagos consecutivos después de haberse pasado a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no se consideran dentro de estos 13 pagos consecutivos.

Si efectuó menos de 13 pagos por el artículo de DME bajo Medicare Original *antes* de afiliarse a nuestro plan, estos pagos anteriores de Medicare Original tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que regresa a Medicare Original para adquirir la propiedad del artículo. No hay excepciones para este caso cuando usted regresa a Medicare Original.

CAPÍTULO 4

*Tabla de Beneficios Médicos
(qué está cubierto y
qué paga usted)*

Capítulo 4. Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

SECCIÓN 1	Información sobre los costos a su cargo por servicios cubiertos	67
Sección 1.1	Tipos de costos a su cargo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos	67
Sección 1.2	¿Cuál es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare?	67
Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le presenten una “facturación de saldo”	68
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para averiguar qué servicios tiene cubiertos y cuánto tendrá que pagar.....	69
Sección 2.1	Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan	69
SECCIÓN 3	¿Qué beneficios no están cubiertos por el plan?.....	111
Sección 3.1	Servicios que el plan <i>no</i> cubre (exclusiones)	111

SECCIÓN 1 Información sobre los costos a su cargo por servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios cubiertos y en lo que usted paga por los beneficios médicos. Incluye una Tabla de Beneficios Médicos, que presenta una lista de los servicios cubiertos y le indica cuánto pagará como miembro de BlueMedicare Classic por cada servicio cubierto. Más adelante, en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica los límites aplicables a ciertos servicios

Sección 1.1 Tipos de costos a su cargo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe estar informado sobre los tipos de costos a su cargo que tendrá que pagar por los servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es la cantidad fija que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 brinda más información acerca de los copagos).
- El **“Coaseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coaseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 brinda más información acerca del coaseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa de Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coaseguro. Asegúrese de mostrar su constancia de elegibilidad de Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde. Si cree que le están pidiendo que pague indebidamente, comuníquese con Servicios para miembros.

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

Como se afilio a un plan Medicare Advantage, existe un límite a la cantidad que debe desembolsar cada año por los servicios médicos dentro de la red a su cargo que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2, a continuación). Este límite se denomina gastos máximos de desembolso por servicios médicos.

Como miembro de BlueMedicare Classic, lo máximo que tendrá que pagar a su cargo por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en el 2018 es de \$6,500. La cantidad que usted paga por copagos y coaseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se

tienen en cuenta para estos gastos máximos de desembolso. (Las cantidades que pague por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para la cantidad máxima de gastos a su cargo).

Además, las cantidades que paga por algunos servicios no cuentan para su cantidad máxima de costos a su cargo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos). Si alcanza la cantidad máxima de gastos a su cargo de \$6,500, no deberá pagar ningún costo a su cargo por el resto del año para los servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe continuar realizando su pago mensual de la Parte B de Medicare (a menos que Medicare u otro tercero hagan el pago mensual de la Parte B por usted).

Sección 1.3	Nuestro plan no permite que los proveedores le presenten una “facturación de saldo”
--------------------	--

Como miembro de BlueMedicare Classic, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la cantidad de costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales aparte, lo que se denomina “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca pagará más de la cantidad de costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

A continuación se explica cómo funciona esta medida de protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad de dólares establecida, por ejemplo, \$15.00), entonces usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto brindado por un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coaseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo que debe pagar depende del tipo de proveedor con el que se atienda:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se especifica en el contrato suscrito entre el proveedor y el plan).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que participa con Medicare y que no pertenece a la red, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones como, por ejemplo, cuando obtiene una derivación).
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no participa con Medicare y que no pertenece a la red, usted paga el porcentaje del coaseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de los proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones como, por ejemplo, cuando obtiene una derivación).

- Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de Beneficios Médicos* para averiguar qué servicios tiene cubiertos y cuánto tendrá que pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas es una lista de los servicios que cubre BlueMedicare Classic y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios incluidos en la lista de la Tabla de Beneficios Médicos son cubiertos únicamente si se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, suministros y el equipo) *deben de* ser necesarios desde el punto de vista médico. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica, y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que usted reciba de un proveedor fuera de la red. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para consultar proveedores de la red y sobre las situaciones en las que cubriremos servicios de un proveedor fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su médico de atención primaria debe otorgarle su aprobación por adelantado, antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina brindar una “derivación”. El Capítulo 3 ofrece más información acerca de cómo obtener una derivación y las situaciones en que no necesita una derivación.
- Algunos de los servicios incluidos en la lista de la Tabla de Beneficios Médicos *solo* están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (en ocasiones, denominada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación por adelantado están marcados con negrita en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otras cosas que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que Medicare Original incluye. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más acerca de la


cobertura y costos de Original Medicare, consulte su Manual de *Medicare y Usted 2018*. Véalo en el sitio de Internet en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).




- **En el caso de todos los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, el plan también cubre el servicio sin costo para usted.** Sin embargo, si también es tratado o controlado por una afección médica existente durante la visita en la cual recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida por la afección médica existente.
- A veces, durante el año, Medicare amplía la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios. Si Medicare extiende la cobertura para nuevos servicios durante 2018, estos servicios serán cubiertos por Medicare o por nuestro plan.






Usted verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.


Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de aneurisma de aorta abdominal</p> <p>Un solo examen de ultrasonido para las personas en riesgo. El plan cubre este examen de detección únicamente si usted presenta ciertos factores de riesgo y si obtiene una derivación de su médico, médico asistente, enfermera profesional o especialista en enfermería clínica.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los miembros elegibles para este examen preventivo no pagan coaseguro, copago ni deducible.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen los servicios de ambulancia aérea (avión o helicóptero) y terrestre hasta el centro más cercano que pueda ofrecer la atención, solo si son brindados a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por el plan. • El transporte que no sea de emergencia en ambulancia se considera apropiado si se documenta que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte pondrían poner en peligro la salud de la persona y el transporte por ambulancia es necesario desde el punto de vista médico. 	<p>Se requiere Autorización Previa por servicios que no son de emergencia.)) Llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>\$250 de copago por cada traslado cubierto por Medicare (un solo tramo)</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede recibir una visita anual de bienestar para elaborar o actualizar un plan personalizado de prevención basado en su salud actual y factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: La primera visita anual de bienestar no se puede hacer dentro de los 12 meses posteriores a la visita preventiva de bienvenida a Medicare. Sin embargo, no tiene que haber asistido a una visita de "Bienvenida a Medicare" para recibir cobertura para las visitas anuales de bienestar después de tener la Parte B por 12 meses.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p> Densitometría ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, aquellas en riesgo de perder masa ósea o de presentar osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con más frecuencia si es médicamente necesario: los procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de esta o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No hay coaseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía de referencia para mujeres de entre 35 y 39 años• Una mamografía de control cada 12 meses para mujeres de 40 años o más• Exámenes clínicos del seno cada 24 meses <p>Nota: Cualquier examen de diagnóstico que deba efectuarse a causa de los exámenes de detección del cáncer (mamografías), o que se realice junto con mamografías (como ultrasonido de mamas), está sujeto a los costos compartidos correspondientes. Consulte “Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios” en esta Tabla de Beneficios para obtener más información.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por mamografías de detección cubiertos.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>



Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas completos de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos en el caso de miembro que cumplen ciertas condiciones y tienen orden de un médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que normalmente son más rigurosos o intensivos que los programas de rehabilitación cardíaca normales.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$25 de copago por las visitas de rehabilitación cardíaca cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p> Visita de reducción de riesgos de enfermedad cardiovascular (tratamiento para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>El plan cubre una visita anual a su médico de atención primaria que tenga como fin disminuir el riesgo de que sufra una enfermedad cardiovascular. Durante esta visita es posible que el médico le hable sobre el uso de aspirina (si es adecuado), le mida la tensión arterial y le dé consejos para que se asegure de que está comiendo sano.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por terapia de comportamiento intensiva, enfermedad cardiovascular y beneficio preventivo.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura.</p>
<p> Prueba de enfermedad cardiovascular</p> <p>Análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas a un riesgo elevado de sufrir enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos cada 24 meses • Si usted tiene alto riesgo de padecer cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y el resultado de su prueba de Papanicolaou ha sido anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible exámenes de Papanicolaou ni exámenes pélvicos cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos <u>solo</u> la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones <p>Nota: No se cubren las radiografías realizadas u ordenadas por un quiropráctico.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$20 de copago por servicios quiroprácticos preventivos cubiertos por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Exámenes de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para las personas de 50 años o más, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopia flexible (o estudio con enema de bario, como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen de sangre oculta basado en guayaco (gFOBT, por sus siglas en inglés)• Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés) <p>Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas que están en alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia (o estudio con enema de bario, como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no están en alto riesgo de contraer cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no son cubiertos por Original Medicare. Nosotros cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención dental que no sea de rutina (los servicios médicos que están cubiertos se limitan a cirugías de mandíbula o de las estructuras relacionadas, tratamientos de las fracturas de mandíbula o de los huesos faciales, extracciones de piezas dentales a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica cancerosa, o servicios médicos que serían cubiertos si los brinda un médico) para los servicios dentales cubiertos por Medicare.	<p>Se requiere Autorización Previa por servicios parciales de hospitalización.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$40 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<u>Servicios dentales (continuación)</u>	
También cubrimos los siguientes servicios dentales adicionales y suministros que no están cubiertos por Medicare*:	
<u>Evaluaciones orales periódicas</u>	\$0 de copago
2 evaluaciones durante 12 meses consecutivos	
D0120 – Evaluación oral periódica	
D0180 – Evaluación periodontal completa – paciente nuevo o establecido	
D0150 – Evaluación oral completa – paciente nuevo o establecido	
<i>Las evaluaciones orales completas (D0150) están limitadas a 1 de por vida, por dentista, y además cuentan para el límite de 2 evaluaciones por 12 meses consecutivos</i>	
Según sea necesario	
D0140 – Evaluación oral limitada – centrada en el problema	
<u>Diagnóstico por imágenes (radiografías)</u>	\$0 de copago
1 juego por año	
D0270 – Radiografía interproximal – una imagen radiográfica	
D0272 – Radiografía interproximal – dos imágenes radiográficas	
D0273 – Radiografía interproximal – tres imágenes radiográficas	
D0274 – Radiografía interproximal – cuatro imágenes radiográficas	
D0277 – Interproximales verticales – 7-8 imágenes radiográficas	
<i>Cualquiera de los códigos anteriores constituye un juego.</i>	
1 juego cada 3 años	
D0210 – Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas	
D0330 – Radiografía panorámica	


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<u>Servicios dentales (continuación)</u>	
Según sea necesario	
D0220 – Intraoral periapical – primera imagen radiográfica	\$0 de copago
D0230 – Intraoral periapical – cada imagen radiográfica adicional	
D0240 – Intraoral – imagen radiográfica oclusal	
<i>Cualquiera de los códigos anteriores constituye un juego. Los servicios de imágenes intraorales y panorámicas cuentan para el 1 juego por límite anual.</i>	
<u>Profilaxis dental (limpiezas)</u>	\$0 de copago
2 limpiezas (D1110 o D4910) por 12 meses consecutivos	
D1110 – Profilaxis – adultos	
<u>Extracciones</u>	\$0 de copago
Hasta 2 veces al año	
D7140 – Extracción, pieza dental brotada o raíz expuesta (elevación y/o extracción con fórceps)	
<u>Ajustes de prótesis</u>	\$0 de copago
2 por 12 meses consecutivos	
D5410 – Ajuste de dentadura postiza completa – maxilar	
D5411 – Ajuste de dentadura postiza completa – mandibular	
D5421 – Ajuste de dentadura postiza parcial – maxilar	
D5422 – Ajuste de dentadura postiza parcial – mandibular	
*Las cantidades que pague por estos servicios dentales adicionales no se tienen en cuenta para la cantidad máxima de costos a su cargo dentro de la red.	

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Brindamos cobertura para 1 examen de detección de depresión al año. El examen debe ser llevado a cabo en un centro de atención primaria que pueda brindar tratamiento de control y derivar a otros médicos.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible para una visita de detección de depresión anual.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p> Examen de detección de la diabetes</p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo: presión arterial elevada (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o historial de azúcar alta en la sangre (glucosa). También se puede brindar cobertura para estas pruebas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes de diabetes en la familia.</p> <p>Dependiendo de los resultados de estas pruebas, puede que tenga derecho a hasta dos exámenes de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por el examen de detección de diabetes cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes</p> <p>Para todas las personas con diabetes (dependientes y no dependientes de la insulina). Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear el nivel de glucosa en la sangre: Glucómetro, tiras reactivas para glucemia, portalancetas y lancetas y soluciones de control de la glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y los glucómetros • Para las personas que sufran diabetes y tengan enfermedad grave en los pies: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida por año calendario (incluidas las plantillas para dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos con profundidad y tres pares de plantillas (sin incluir plantillas extraíbles no a medida, que vienen con dichos zapatos). La cobertura incluye la adaptación del calzado. • En determinadas circunstancias, la capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta. 	<p>Se requiere Autorización Previa para recibir ciertos suministros y servicios para la diabetes. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$0 por servicios, suministros y capacitación para el automanejo de la diabetes cubiertos por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenados por un proveedor para uso en el hogar, dispensadores de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Brindamos cobertura para todo el equipo médico duradero necesario desde el punto de vista médico cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su zona no trabaja con una marca o fabricante particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio de Internet en www.BlueMedicareFL.com.</p>	<p>Se requiere Autorización Previa para recibir ciertos equipos y suministros. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>0% de copago por todo equipo médico duradero cubierto por Medicare excepto sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas</p> <p>20% de coaseguro por todas las sillas de ruedas motorizadas y motonetas eléctricas cubiertas por Medicare y aprobadas por el plan</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Brindados por un proveedor calificado para brindar atención de emergencia; y• Necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una “emergencia médica” se refiere a cuando usted o cualquier otra persona no profesional prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicamento, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren de una atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de los servicios que se prestan dentro de la red.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>\$80 de copago por visitas a la sala de emergencias cubiertos por Medicare. No se aplica este copago si le interna en el hospital de inmediato.</p> <p>Si usted recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que su condición de emergencia se estabilice, debe tener su atención como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>
<p>Cobertura internacional</p> <p>Excepto por el transporte de emergencia internacional, nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia ya sea si los recibe dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que los miembros deban pagar el 100% de los cargos en el momento en que le brinden atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Posteriormente, usted puede presentar sus reclamaciones para solicitar el reembolso. Prueba de pago, traducciones y conversiones de moneda serán requeridas con la presentación de reclamo. No cubrimos el transporte en ambulancia fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Los afiliados deben llamar al Centro de Servicio Internacional BlueCard al 1-810-810-BLUE (2583) (seguir las instrucciones para el proveedor internacional), o llamar por cobrar al 804-673-1177 para que obtenga ayuda para pactar un acuerdo de pago con un proveedor extranjero.</p>	<p>\$125 de copago por servicios de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos o sus territorios. Este copago no se aplica si se le internan en el hospital de inmediato.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas de educación para la salud y el bienestar</p> <p>SilverSneakers</p> <p>El Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers® de Tivity Health es un programa de salud y acondicionamiento físico innovador diseñado exclusivamente para beneficiarios de Medicare. Los miembros que tienen derecho a participar en el programa reciben una membresía básica que les brinda acceso a instalaciones y clases de acondicionamiento físico, incluidas las clases únicas SilverSneakers diseñadas para aumentar la fuerza y la resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, la amplitud de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. Para obtener más información y encontrar un centro de SilverSneakers que participe de este programa, visite silversneakers.com o llame al 1-866-584-7389 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este.</p> <p>Como alternativa para miembros que no pueden acceder a un centro participante de SilverSneakers®, existe el programa SilverSneakers® Steps. SilverSneakers Steps es un programa de actividad física autodirigido que permite a los participantes medir, monitorear y aumentar la actividad física a través de actividades físicas de su elección. El programa Steps proporciona el equipo, las herramientas y la motivación necesarios para que los miembros logren un estilo de vida más saludable a través del aumento de la actividad física. Los miembros del plan que cumplan los requisitos pueden inscribirse a SilverSneakers Steps en el sitio silversneakers.com/ member.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No hay costo alguno para usted por participar en el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de la audición</p> <p>Los exámenes diagnósticos de la audición y el equilibrio realizados por su proveedor para determinar si usted necesita algún tratamiento médico cubierto como servicio ambulatorio cuando son proporcionados por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>También cubrimos los siguientes servicios adicionales de audición y suministros no cubiertos por Medicare*:</p> <p>Exámenes auditivos de rutina: 1 al año Evaluación y ajuste de aparatos auditivos: 1 al año Audífonos: Hasta 2 aparatos auditivos TruHearing Flyte™ por año (1 por oído al año). La cobertura es sólo para los audífonos TruHearing Flyte Advanced y Flyte Premium, que están disponibles en diferentes estilos y colores. Para obtener los beneficios del plan, debe acudir a un proveedor dentro de la red TruHearing. Su beneficio de aparatos auditivos incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hasta 3 visitas al proveedor dentro de 1 año de su compra o Período de prueba de 45 días o 3 años de garantía extendida o 48 baterías por dispositivo auditivo <p>Los siguientes servicios y suministros no están cubiertos en su beneficio de dispositivos auditivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Moldes de oído o Accesorios de dispositivos auditivos o Visitas adicionales a proveedores o Baterías adicionales o Cargos por devolución de dispositivos auditivos o Reclamaciones de garantía por daños y pérdidas <p>Usted será responsable por los costos asociados con los servicios y suministros excluidos.</p> <p>*Además, usted paga por algunos servicios y suministros adicionales para el cuidado de la audición que no cuentan para su cantidad máxima de costos a su cargo dentro de la red.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare • \$0 de copago para los exámenes audición de rutina • \$0 de copago para cada evaluación y ajuste de los dispositivos auditivos • Copago de \$699 por cada audífono TruHearing Flyte Advanced • Copago de \$999 por cada audífono TruHearing Flyte Premium <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una prueba de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres pruebas de detección durante un embarazo	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los miembros elegibles a exámenes de detección de VIH preventivo cubierto por Medicare no pagan coaseguro, copago ni deducible.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Atención médica en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y emitirá una orden en que se indique que deben ser brindados por una agencia de atención médica en el hogar. Usted debe estar confinado en casa, lo que significa que le resulta muy difícil salir de ella.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de asistencia médica y cuidados especializados en el hogar (para obtener cobertura bajo el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios de cuidados médicos especializados y de ayudantes de atención médica en el hogar juntos deben sumar, en total, menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana).• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos y sociales• Equipos y suministros médicos <p>Nota:</p> <p>Se aplica un límite anual de \$2,010 por Medicare a servicios de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$2,010 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Se requiere Autorización Previa por servicios que no son de emergencia. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$0 de copago por las visitas de atención médica en el hogar cubiertos por Medicare (incluidos los servicios de infusión a domicilio, pero excluyendo medicamentos de infusión)</p> <p>Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B” de esta Tabla de Beneficios para obtener más información sobre las medicamentos de infusión.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Centro de atención para enfermos terminales

Usted puede recibir atención de cualquier programa de centro de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Usted es elegible para obtener beneficios de centro para enfermos terminales para enfermos terminales cuando su médico y el director médico de centro para enfermos terminales le hayan dado un diagnóstico terminal que certifique que usted tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Su médico del centro para enfermos terminales para enfermos terminales puede ser tanto un proveedor de la red como un proveedor fuera de la red.

Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:

- Medicamentos para el control de síntomas y alivio del dolor
- Cuidado de relevo de corto plazo
- Atención en el hogar

Para los servicios de centro para enfermos terminales y los servicios que son cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que están relacionados con su enfermedad terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará por los servicios del centro para enfermos terminales y por cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su diagnóstico terminal. Mientras esté en el programa del centro para enfermos terminales para enfermos terminales, el proveedor del centro para enfermos terminales le facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare.

Para los servicios que son cubiertos por las partes A o B de Medicare y que no están relacionados con su diagnóstico terminal: Si necesita servicios no urgentes que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios va a depender de si se atiende o no con un proveedor de nuestra red:


- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solamente paga el costo compartido del plan por los servicios dentro de la red
- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, paga el costo compartido bajo Medicare tarifa por servicio prestado (Original Medicare).

Por servicios que son cubiertos por BlueMedicare Classic, pero no por las partes A o B de Medicare: BlueMedicare Classic continuará pagando los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B estén o no relacionados con su diagnóstico terminal. Por estos servicios usted paga el costo compartido del plan.

Cuando se afilia en un programa de centro para enfermos terminales para enfermos terminales certificado por Medicare, sus servicios de centro para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su diagnóstico terminal, los paga Medicare Original y no BlueMedicare Classic.

Dentro y fuera de la red

\$0 de copago por servicios de consulta en centro para enfermos terminales

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de centro para enfermos terminales (continuación)</p> <p><u>Para medicamentos que puedan estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Pero las medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener mayor información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>Qué pasa si está en un centro para enfermos terminales para enfermos terminales certificado por Medicare</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de un centro para enfermos terminales para enfermos terminales (atención que no está relacionada con su afección terminal), debe comunicarse con nosotros para que coordinemos los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta de centro para enfermos terminales para enfermos terminales (una sola vez) para un enfermo terminal que no ha elegido el beneficio de centro para enfermos terminales.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas contra la gripe, una vez al año, en otoño o en invierno• Vacuna contra la hepatitis B si tiene riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B• Otras vacunas si se encuentra en riesgo y estas cumplen las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p><u>Dentro de la Red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por vacunas para la neumonía, la influenza ni la hepatitis B.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye cuidados intensivos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención médica para pacientes hospitalizados comienza el día que formalmente es admitido(a) al hospital con la orden de un médico. El día antes de que sea dado(a) de alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada (o una habitación privada, si es necesaria desde el punto de vista médico) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios comunes de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (como unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Exámenes de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de accesorios, como sillas de ruedas • Costos de salas de operación y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • En ciertas circunstancias, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: de córnea, de riñón, de riñón-páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, coordinaremos una revisión de su caso por parte de un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de servicios de trasplante pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestro servicio de trasplante dentro de la red se encuentra en un lugar fuera del modelo de atención de la comunidad, puede escoger un lugar local o distante siempre y cuando los proveedores locales de servicios de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. 	<p>Se requiere Autorización previa para recibir cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados no urgentes. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p>Se cobra un deducible y otros costos compartidos por cada estadía en el hospital.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Días 1-7: Copago de \$225 por día (por estadía cubierta por Medicare) que incluye el día de admisión y el día del alta.</p> <p>Después del día 7, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> <p>Si recibe atención para pacientes hospitalizados autorizada en un hospital fuera de la red después de que se estabiliza su afección de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Atención para pacientes hospitalizados (continuación)

Si BlueMedicare Classic proporciona servicios de trasplantes en un lugar distante (fuera del área de servicio) y usted elige obtener los trasplantes en ese lugar, haremos los arreglos o pagaremos por los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante.

- Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite.
- Servicios médicos



Nota: Para ser hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para que sea ingresado formalmente como paciente del hospital. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio u hospitalizado, debe preguntar al personal del hospital.

También puede encontrar más en información en una hoja informativa de Medicare denominada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf> o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes hospitalizados</p> <ul style="list-style-type: none">• Los cuidados médicos que están cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.• Medicare limita los servicios cubiertos de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en un hospital psiquiátrico a un máximo de 190 días. Estos 190 días se denominan "límite de por vida".• El límite de por vida de 190 días no aplica a los servicios de Salud Mental proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.• Nuestro plan cubre 90 días de servicios de atención de salud mental para pacientes hospitalizados por admisión. También cubrimos 60 días adicionales en el transcurso de su vida. Estos se denominan "días de reserva de por Vida". Si necesita más de 90 días de atención de salud mental para pacientes hospitalizados, puede utilizar sus días de reserva de por vida. Una vez que haya utilizado los días de reserva de por vida, su cobertura para la atención de salud mental para pacientes hospitalizados se limitará a 90 días por admisión.	<p>Se requiere Autorización Previa para recibir cuidados de salud mental para pacientes hospitalizados no urgentes. Todos los servicios de salud mental se coordinan a través de un proveedor externo. Llame al 1-866-287-9569 o comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información.</p> <p>Se cobra un deducible y otros costos compartidos por cada estadía en el hospital.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Días 1-5: Copago de \$300 por día (por estadía cubierta por Medicare) que incluye el día de admisión y el día del alta.</p> <p>Días 6-90: El plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> <p>Días de Reserva de por Vida: El plan paga el 100% de los gastos cubiertos.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF (centro de enfermería especializada) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios para pacientes hospitalizados o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que usted recibe durante una estancia en el hospital o en el centro de cuidados médicos especializados (SNF). Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como exámenes de laboratorio) • Radiografías, terapia con radio e isótopos, incluidos los materiales y los servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros aparatos que se utilizan para tratar fracturas y dislocaciones • Prótesis de rehabilitación y ortótica (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente un órgano corporal interno (incluido el tejido contiguo) o la función inadecuada o la disfunción permanente de éste, incluidos los reemplazos o las reparaciones de dichos aparatos • Férulas para pierna, brazo, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambio de la condición física del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional <p>Nota:</p> <p>Se aplica un límite anual de \$2,010 por Medicare a servicios de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$2,010 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p><i>Servicios Médicos:</i></p> <p>Para atención médica primaria y servicios de especialistas cubiertos por Medicare, consulte la Sección "Servicios de médicos generales o de atención primaria" de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura.</p> <p><i>Terapia ocupacional, física y del habla/lenguaje</i></p> <p>Para los tratamientos cubiertos por Medicare, consulte la Sección "Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios" de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura.</p> <p><i>Pruebas de diagnóstico, radiografías, radioterapia (incluye apósitos quirúrgicos, férulas, enyesados y otros dispositivos)</i></p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare, vea las "Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios" de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estadía para pacientes hospitalizados: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF (centro de enfermería especializada) durante una estadía como paciente hospitalizado no cubierta (continuación)</p>	<p><i>Dispositivos de prótesis y suministros relacionados</i> Para el equipo, dispositivos y suministros relacionados cubiertos por Medicare, consulte la Sección "Dispositivos de prótesis y suministros relacionados" de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (de los riñones) (pero no sometidas a diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordena su médico.</p> <p>Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individualizado durante el primer año que recibe servicios de terapia nutricional médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y dos horas cada año después de eso. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si necesita continuar el tratamiento por otro año calendario.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Los miembros elegibles a servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare no pagan coaseguro, copago ni deducible.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP, por sus siglas en inglés)</p> <p>Comenzando el 1 de abril de 2018, los servicios del MDPP serán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP constituye una intervención sanitaria estructurada para el cambio de comportamiento, que proporciona un entrenamiento práctico para cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar retos de mantenimiento de la pérdida de peso y de un estilo de vida saludable.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por el beneficio MDPP.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos

Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios

Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare

Estos medicamentos son cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:

- Medicamentos que normalmente el paciente no se administra por sí mismo y que se inyectan mientras usted recibe servicios de un médico, en un hospital como paciente ambulatorio o de un centro quirúrgico ambulatorio
- Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores), que fueron autorizados por el plan
- Factores de coagulación que se inyecta usted mismo, en caso de tener hemofilia
- Medicamentos Inmunosupresores, si estaba inscrito a la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano
- Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si se encuentra confinada en su hogar, sufrió una fractura ósea que el médico certifica que se debió a la osteoporosis posmenopáusica, y no puede administrarse el medicamento por sí misma
- Antígenos
- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas
- Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos tópicos, agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen, Procrit, Epoetin Alfa, Aranesp o Darbepoetina Alfa)
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de inmunodeficiencias primarias

En el Capítulo 5 se explican los beneficios de medicamentos recetados de la Parte D, así como las normas que debe cumplir para que estos medicamentos sean cubiertos. Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.

Se necesitará una Autorización Previa para los medicamentos recetados de la parte B cubiertos por Medicare (excepto para inyecciones para alergias). Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.

Dentro de la red


- \$5 de copago por inyecciones contra alergias cubiertas por Medicare
- 20% de coaseguro por medicamentos de quimioterapia, medicamentos de infusión, y todos los otros medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.

Los medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos al 20% del coaseguro además de cualquier otro copago aplicable, según la ubicación de servicio (excluyendo medicamentos de quimioterapia).

Excepción: Las hospitalizaciones cubiertas por Medicare solo están sujetas al copago por día y está incluido cualquier medicamento de la Parte B de Medicare. Comuníquese con Servicios para miembros si necesita más información.

Fuera de la red

Sin cobertura

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Exámenes de detección de la obesidad y tratamiento para estimular la pérdida sostenida de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, el plan le brinda cobertura para servicios de orientación intensiva para ayudarlo a bajar de peso. Estos servicios de orientación son cubiertos si usted los obtiene en un centro de atención primaria, donde pueden ser coordinados con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o médico general para obtener más información.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible para terapia y examen de detección preventivo de la obesidad.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (con radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Entablillados, yesos y otros aparatos que se utilizan para tratar fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (p. ej., imagen por resonancia magnética [MRI], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía por emisión de positrones [PET], tomografía computarizada [CT] o pruebas de medicamento nuclear). <p>Pruebas de laboratorio en los consultorios médicos: Nuestro plan cubre la recolección de muestras (por ejemplo, extracción de sangre) en el consultorio de un médico en relación con las pruebas de laboratorio. Sin embargo, las muestras recogidas en el consultorio de un médico deben enviarse a un laboratorio clínico independiente de la red para su evaluación</p> <p>Laboratorio Clínico Independiente de la red para realizar pruebas. No cubriremos pruebas de laboratorio realizadas en el consultorio de un médico, a menos que esté autorizado por nuestro plan.</p>	<p>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por pruebas de alergia, exámenes cardiovasculares y electrocardiogramas (EKG, por sus siglas en inglés) • \$0 de copago por servicios de laboratorio brindados en un laboratorio clínico independiente (ICL) • \$50 de copago por los servicios de laboratorio únicamente cuando se brindan en establecimientos de cuidados ambulatorios • \$100 de copago cuando las pruebas de diagnóstico se realizan en un Centro de Evaluación de Diagnóstico Independiente (IDTF) o en un centro de cuidados ambulatorios, a excepción de los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes. • \$0 de copago cuando se realizan radiografías en un IDTF. • \$100 de copago cuando se realizan radiografías en un centro de cuidados ambulatorios. • Usted paga un copago de \$25 cuando los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes son brindados en el consultorio de un especialista

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	<ul style="list-style-type: none">• \$25 de copago por servicios avanzados de diagnóstico por imágenes cuando se proporcionan en un IDTF.• \$225 de copago cuando los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes se realizan en un centro de cuidados ambulatorios.• 20% del coaseguro por terapia de radiación <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de atención ambulatoria</p> <p>Cubrimos los servicios necesarios desde el punto de vista médico desde que usted llega al departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios brindados en un departamento de emergencias o clínicas de atención ambulatoria, como, por ejemplo, servicios de observación o cirugías ambulatorias • Pruebas de laboratorio y diagnóstico cobradas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no brindarse, requerirá tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios radiológicos cobrados por el hospital • Suministros médicos, como entablillados y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo <p>Nota: A menos que el proveedor extienda una orden para internarlo en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga las cantidades de costo compartido por los servicios de hospital para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio o no, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más en información en una hoja informativa de Medicare denominada "¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!" Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números gratuitos, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Nota:</p> <p>Se aplica un límite anual de \$2,010 por Medicare a servicios de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$2,010 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Para visitas a la sala de emergencia cubiertas por Medicare, consulte la sección "Atención de emergencia" de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura. • Para servicios de diálisis cubiertos por Medicare, consulte la sección "Servicios para tratar enfermedades y afecciones renales" de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura. <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los servicios de laboratorio, pruebas de diagnóstico, radiografías y otros servicios de radiología cubiertos por Medicare, incluidos suministros médicos como férulas y enyesados, consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios" de esta Tabla de Beneficios para obtener información sobre cobertura.


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de atención ambulatoria <i>(continuación)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para cirugía para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare, consulte la sección “Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios que brindan los establecimientos de cuidados ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria” de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura. • Para servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios de hospitalización parcial” de la Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura. • Para medicamentos de quimioterapia cubiertos por Medicare y medicamentos de infusión cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura. • \$0 de copago por servicios de prevención cubiertos por Medicare (Los servicios preventivos en esta Tabla de Beneficios se encuentran en las secciones marcadas con una manzana. Consulte estas secciones para obtener detalles sobre servicios preventivos, incluyendo pruebas de detección cubiertas por Medicare).


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de atención ambulatoria (<i>continuación</i>)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$200 de copago por todos los otros servicios en un centro de cuidados ambulatorios. <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <p>Servicios de salud mental brindados por un médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera profesional, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare y autorizados por el estado, según lo permitan las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Se requiere Autorización Previa para ciertos servicios. Todos los servicios de salud mental se coordinan a través de un proveedor externo. Llame al 1-866-287-9569 o comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información.</p> <p><u>Dentro de la red</u> \$40 de copago por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en varios establecimientos de atención ambulatoria, tales como los departamentos de atención ambulatoria de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Establecimientos Integrales de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p>Nota:</p> <p>Se aplica un límite anual de \$2,010 por Medicare a servicios de fisioterapia y terapia del habla/lenguaje para pacientes ambulatorios.</p> <p>Se aplica un límite anual separado de \$2,010 por Medicare a servicios de terapia ocupacional para pacientes ambulatorios.</p>	<p>Se requiere Autorización Previa para recibir todos los servicios de terapia física, del habla y ocupacional. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Copago de \$35 en todas las ubicaciones de servicio</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>Servicios de tratamiento de abuso de sustancias que son brindados en un establecimiento de cuidados ambulatorios o consultorio a pacientes drogadictos o personas que necesitan tratamiento, pero que no necesitan el nivel de servicio que se brinda en los hospitales a los pacientes hospitalizados.</p>	<p>Se requiere Autorización Previa por servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios. Todos los servicios de salud mental se coordinan a través de un proveedor externo. Llame al 1-866-287-9569 o comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$45 de copago por cada visita de terapia individual o de grupo cubierta por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugías ambulatorias, incluidos los servicios que brindan los establecimientos de cuidados ambulatorios y los centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si va a someterse a una cirugía en un hospital, debe verificar con su proveedor si usted será tratado como paciente hospitalizado o como paciente ambulatorio. A menos que el proveedor extienda una orden para hospitalizarlo, usted es un paciente ambulatorio y paga la cantidad correspondiente al costo compartido por cirugía ambulatoria. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio".</p>	<p>Se requerirá autorización previa para todas las cirugías. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copago de \$150 por servicios cubiertos por Medicare proporcionados en un centro quirúrgico ambulatorio • Copago de \$200 por servicios cubiertos por Medicare proporcionados en un centro de cuidados ambulatorio <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona en un establecimiento de cuidados ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y que constituye una alternativa a la hospitalización.</p>	<p>Se requiere autorización previa por servicios que no son de emergencia. Todos los servicios de salud mental se coordinan a través de un proveedor externo. Llame al 1-866-287-9569 o comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información.</p> <p><u>Dentro de la red</u> \$40 de copago por cada visita por servicios de hospitalización parcial cubierta por Medicare</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de cuidados médicos y cirugía necesarios desde el punto de vista médico proporcionados en un consultorio médico, un centro de cirugía ambulatoria certificado, el departamento de atención ambulatoria de un hospital o cualquier otro establecimiento • Consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista • Exámenes básicos de la audición y del equilibrio, realizados por el especialista, si su médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Determinados servicios de Telehealth, tales como consultas, diagnósticos y tratamientos brindados por un médico para pacientes de ciertas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Segunda opinión previa a la cirugía por parte de otro proveedor de la red. • Atención dental que no sea de rutina (los servicios médicos que están cubiertos se limitan a cirugías de mandíbula o de las estructuras relacionadas, tratamientos de las fracturas de mandíbula o de los huesos faciales, extracciones de piezas dentales a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por enfermedad neoplásica cancerosa, o servicios médicos que serían cubiertos si los brinda un médico). • Inyecciones antialérgicas • Radiografías <p>Pruebas de laboratorio en los consultorios médicos: Nuestro plan cubre la recolección de muestras (por ejemplo, extracción de sangre) en el consultorio de un médico en relación con las pruebas de laboratorio. Sin embargo, las muestras recolectadas en el consultorio de un médico deben enviarse a un Laboratorio clínico independiente de la red para realizar pruebas. No cubriremos pruebas de laboratorio realizadas en el consultorio de un médico, a menos que esté autorizado por nuestro plan.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p><i>Servicios en Establecimientos de Cuidados Ambulatorios</i> \$0 de copago por servicios médicos cubiertos por Medicare proporcionados en un establecimiento de cuidados ambulatorios, centros de cirugía ambulatoria u otros establecimientos de atención ambulatoria que no se incluye en esta lista.</p> <p><i>Visitas al consultorio</i> \$0 de copago por visitas a médicos de cabecera. \$40 de copago por visitas a especialistas.</p> <p><i>Inyecciones antialérgicas</i> Consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura.</p> <p><i>Servicios dentales y auditivos cubiertos por Medicare</i> Consulte las secciones de “Servicios Dentales” y “Servicios Auditivos” de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura.</p>
<p>Nota: Un médico de atención primaria es un médico general, un médico de familia, un médico internista, un geriatra o un pediatra. Todos los demás médicos son considerados especialistas.</p>	

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos (continuación)</p>	<p><i>Pruebas de diagnóstico, radiografías, radioterapia (incluye apósitos quirúrgicos, férulas, enyesados y otros dispositivos)</i></p> <p>Para los servicios cubiertos por Medicare, vea las "Pruebas de diagnóstico, suministros y servicios terapéuticos para pacientes ambulatorios" de esta Tabla de Beneficios para obtener información de la cobertura.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de afecciones de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo). • La atención de rutina de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores. 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$30 de copago por cada visita cubierta por Medicare cuando los servicios los brinda un podólogo</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p> Exámenes para la detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios médicos cubiertos incluyen lo siguiente, cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Prueba del Antígeno Prostático Específico (PSA, por sus siglas en inglés) 	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por una prueba anual de PSA.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Aparatos (que no sean aparatos dentales) que reemplazan completa o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros relacionados directamente con los cuidados de colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con las prótesis y la reparación y/o el reemplazo de éstas. También incluyen determinada cobertura después de la extirpación de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener más información detallada, consulte “Atención de la vista” más adelante en esta sección.</p>	<p>Se requiere Autorización Previa para ciertos artículos. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u> 20% del coaseguro para los dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare, los suministros relacionados con las prótesis y ortopedia</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas completos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedades pulmonares causadas por obstrucciones crónicas moderadas a muy graves y que tienen una orden para rehabilitación pulmonar del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> \$25 de copago por las visitas de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p> Detección y asesoramiento para el tratamiento del abuso de alcohol</p> <p>Brindamos cobertura para una evaluación de problemas con el alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que consumen más alcohol de lo normal, pero que no son alcohólicos.</p> <p>Si da positivo en la evaluación de mal uso del alcohol, usted puede recibir hasta 4 sesiones breves personales de orientación al año (si usted es competente y está alerta durante la sesión) de parte de un médico general o un médico de atención primaria calificado, en un centro de atención primaria.</p>	<p><u>Dentro de la red</u> No se paga coaseguro, copago ni deducible por beneficio preventivo de examen de detección y asesoramiento para la reducción del mal uso del alcohol cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con una Tomografía Computada de Dosis Baja (LDCT)</p> <p>Las personas que reúnan los requisitos tienen cobertura de una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas entre 55 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen una historia de consumo de tabaco de al menos 30 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para una LDCT durante la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas visitas y que es prestada por un médico o un especialista no médico cualificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden escrita para la prueba de detección del cáncer de pulmón que puede ser proporcionada durante cualquier visita adecuada con un médico o con un especialista no médico cualificado. Si un médico o especialista no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se aplica ningún coaseguro, copago o deducible a las visitas de asesoramiento y toma de decisiones acerca de la LDCT cubiertas por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Exámenes para la detección de enfermedades venéreas y orientación para prevenirlas</p> <p>Brindamos cobertura para los exámenes de detección de enfermedades venéreas (STI, por sus siglas en inglés) tales como la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para las mujeres embarazadas y ciertas personas con mayor riesgo de contraer enfermedades venéreas si las pruebas son ordenadas por un proveedor de atención primaria. El plan cubre uno de estos exámenes cada 12 meses o en ciertos momentos durante un embarazo.</p> <p>También cubre hasta 2 sesiones intensivas de orientación conductual individualizada, de 20 a 30 minutos, cada año a las personas adultas activas sexualmente que corren un riesgo mayor de contraer enfermedades venéreas. Sólo cubriremos estas sesiones de orientación como servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria en un establecimiento de atención primaria, por ejemplo, el consultorio de un médico.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por beneficio preventivo de examen de detección de enfermedades venéreas y asesoramiento para la prevención de enfermedades venéreas cubierto por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar afecciones renales</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar a miembros sobre los cuidados de los riñones y para ayudarles a tomar decisiones informadas sobre su atención médica. Para los asegurados con enfermedad crónica de los riñones en etapa IV, cuando los refiere su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación para enfermedades de los riñones de por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatoria (incluidos los tratamientos de diálisis recibidos mientras se encuentra temporalmente fuera del área de cobertura, como se explica en el Capítulo 3) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo internan en un hospital para brindarle atención especial) • Capacitación para la autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Suministros y equipos para diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (por ejemplo, y en caso necesario: visitas por parte de trabajadores capacitados en diálisis para que revisen su diálisis en el hogar, lo ayuden en emergencias y revisen su equipo de diálisis y el suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para la diálisis están cubiertos bajo su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información acerca de la cobertura para las Medicamentos de la Parte B, vaya a la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>20% de coaseguro para servicios de diálisis en todos los lugares de servicio</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>\$0 de copago por los servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>


Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados en Centros de cuidados médicos Especializados (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>(Para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este folleto). Los centros de cuidados médicos especializados, en ocasiones, se denominan "SNF").</p> <p>La cobertura se limita a 100 días por periodo de beneficios. No es necesaria una hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una habitación semiprivada (o una habitación privada, si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de cuidados médicos especializados • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que le son administradas como parte del régimen de tratamiento. (Se incluyen sustancias que existen en forma natural en el organismo, como, por ejemplo, los factores de coagulación). • Sangre, incluido su almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesite. • Los suministros médicos y quirúrgicos que brindan normalmente los SNF • Las pruebas de laboratorio que, normalmente, se realizan en los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que, normalmente, se realizan en los SNF • El uso de accesorios, como sillas de ruedas, que normalmente se proveen en los SNF. • Servicios de médicos generales o de atención primaria <p>Por lo general usted recibe la atención de los SNF en establecimientos de la red. Sin embargo, en ciertas circunstancias que se indican más adelante, es posible que usted tenga que pagar el costo compartido correspondiente a atención dentro de la red por un establecimiento que no es proveedor de la red si éste acepta los valores de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de cuidados médicos no especializados o una comunidad de retiro de atención continua donde había estado viviendo hasta el momento en que ingresó en el hospital (siempre que brinde atención en un centro de cuidados médicos especializados). • Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted sale del hospital. 	<p>Se requiere Autorización Previa para todos los ingresos de pacientes en centros de cuidados médicos especializados. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <p>Días 1-20: \$0 de copago por día (por periodo de beneficios)</p> <p>Días 21-100: \$160 de copago por día (por periodo de beneficios)</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p> <p>Un “periodo de beneficios” comienza el día que usted ingresa en un SNF. Finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin una admisión hospitalaria. Un nuevo periodo empieza si usted ingresa en un centro de servicios médicos especializados después de que ha finalizado un periodo de beneficios. No hay límite en la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar y utilizar tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta signos o síntomas de enfermedades asociadas a éste:</u> El plan cubre dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y fue diagnosticado con una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que se pueda ver afectada por el tabaco:</u> El plan cubre los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. El plan cubre dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted tendrá que pagar el costo compartido aplicable. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos del cese de uso de tabaco y de fumar cubiertos por Medicare.</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de urgencia necesarios</p> <p>Los servicios de urgencia necesarios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia necesaria puede ser proporcionada por proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente.</p> <p>El costo compartido para los servicios de urgencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que para este tipo de servicios que se prestan dentro de la red.</p> <p>Cobertura internacional</p> <p>Excepto por el transporte de emergencia internacional, nuestro plan cubre los mismos servicios de urgencia necesarios ya sea si los recibe dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que los miembros deban pagar el 100% de los cargos en el momento en que le brinden atención fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Posteriormente, usted puede presentar sus reclamaciones para solicitar el reembolso. Prueba de pago, traducciones y conversiones de moneda serán requeridas con la presentación de reclamo. No cubrimos el transporte en ambulancia fuera de los Estados Unidos o sus territorios.</p> <p>Los afiliados deben llamar al Centro de Servicio Internacional BlueCard al 1-810-810-BLUE (2583) (seguir las instrucciones para el proveedor internacional), o llamar por cobrar al 804-673-1177 para que obtenga ayuda para pactar un acuerdo de pago con un proveedor extranjero.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>\$45 de copago por visitas de atención de urgencia necesaria cubiertas por Medicare cuando los servicios se proporcionaron en un Centro de atención de urgencias.</p> <p>Copago de \$125 por servicios de urgencia necesarios cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. El copago será aplicable si es ingresado en el hospital.</p>
<p>Centros de Consultas Sin Cita Previa</p> <p>Los Centros de Consultas Sin Cita Previa son clínicas de atención médica que se especializan en el tratamiento de enfermedades comunes y que ofrecen servicios de pruebas de detección básicas.</p>	<p><u>Dentro y fuera de la red</u></p> <p>Copago de \$15 por servicio cubiertos por Medicare cuando son brindados en un centro de consultas sin cita previa.</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Atención de la vista</p> <p>Los servicios médicos que están cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de rutina de la vista (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. • Para las personas con un alto riesgo de glaucoma, cubriremos un examen de glaucoma cada año. Las personas con un alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos a partir de 50 años, e hispanoamericanos a partir de 65 años. • Para las personas diabéticas, la detección de la retinopatía diabética está cubierta una vez al año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya implante de lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de catarata separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). 	<p>Se requerirá Autorización Previa para recibir atención de la vista cubierta por Medicare para los condados de Broward, Martin y St. Lucie. Para obtener información adicional, llame a Servicios para miembros.</p> <p><i>Atención de la vista cubierta por Medicare</i></p> <p><u>Dentro de la red</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • \$40 de copago por servicios médicos cubiertos por Medicare para el diagnóstico y tratamiento de afecciones de los ojos • Copago de \$0 por pruebas de detección de glaucoma (exento del requisito de autorización previa) • Copago de \$0 por examen de retina diabética (exento del requisito de autorización previa) • \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas <ul style="list-style-type: none"> ○ El costo de los marcos básicos se cubrirá hasta la cantidad establecida por el programa de tarifas de Medicare.

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de la vista (continuación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Los lentes básicos se cubrirán en su totalidad según la especificación de la receta médica. No se cubrirán los artículos adicionales (p. ej., tratamientos antirreflejo o fotocromáticos). <p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>
<p>También cubrimos la siguiente atención de la vista adicional no cubierta por Medicare*:</p>	
<p><i>Servicios y suministros cubiertos:</i></p>	<p><u>Dentro de la red</u></p>
<p>Examen de rutina de la vista - 1 vez cada 12 meses, incluyendo la dilatación cuando sea necesaria.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Lentes de contacto, lentes de anteojos y marcos</p> <p>La cantidad máxima de beneficio del plan por todos los anteojos es de \$100 cada año.</p>	<p>Beneficio máximo de \$100. Usted será responsable por todos los costos después de alcanzar los \$100 de subsidio.</p>
<p>*Los montos que paga por estos servicios adicionales para el cuidado de la vista no cuentan para su cantidad máxima de costos a su cargo.</p>	<p><u>Fuera de la red</u> Sin cobertura</p>

Servicios que usted tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única de "Bienvenida a Medicare". La visita consiste en una evaluación de su salud, además de educación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y referidos para otros servicios si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solamente dentro de los primeros 12 meses de cobertura de la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p><u>Dentro de la red</u></p> <p>No se paga coaseguro, copago ni deducible por la visita preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p> <p><u>Fuera de la red</u></p> <p>Sin cobertura</p>

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

Sección 3.1 Servicios que el plan *no* cubre (exclusiones)

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

La tabla a continuación enumera servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna circunstancia o solo están cubiertos bajo circunstancias específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo. No pagaremos por servicios médicos excluidos que se encuentran en la tabla de abajo excepto bajo las circunstancias específicas enumeradas. Única excepción: Si se determina, luego de una apelación, que un beneficio médico enumerado en la lista de exclusiones es un beneficio 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 folleto).

Capítulo 4. Tabla de **Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Todas las exclusiones o limitaciones en los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en la tabla a continuación.

Incluso si recibe los servicios excluidos en un establecimiento de emergencia, aun así los servicios excluidos no serán cubiertos y nuestro plan no pagará por ellos.

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia	Solo están cubiertos bajo circunstancias específicas
Los servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo a los estándares de Original Medicare,	✓	
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales. Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que nuestro plan y Original Medicare han determinado que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.		✓ Pueden estar cubiertos por Original Medicare bajo un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital.		✓ Cubierta solo cuando sea necesaria desde el punto de vista médico.
Los artículos personales en la habitación de un hospital o de un centro de cuidados médicos especializados, como un teléfono o un televisor.	✓	
Los cuidados médicos especializados a tiempo completo en su hogar.	✓	
El cuidado de custodia es aquel que es brindado en un centro de atención no especializada, centro para enfermos terminales u otro establecimiento cuando usted no requiere atención médica o de cuidados especializados.	✓	

Capítulo 4. Tabla de **Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)**

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia	Solo están cubiertos bajo circunstancias específicas
Los servicios domésticos incluyen la asistencia básica en el hogar, incluidas las tareas domésticas o la preparación de comidas livianas.	✓	
Los cargos que cobren por atención sus familiares cercanos o miembros de su hogar.	✓	
Procedimientos o cirugía cosmética		<p style="text-align: center;">✓</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de una lesión por accidente o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con malformación. • Se cubren todas las etapas de la reconstrucción de ambos senos luego de someterse a una mastectomía, tanto del seno afectado como el no afectado, para lograr una apariencia simétrica.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes dentales o dentaduras postizas.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Nuestro plan incluye la cobertura de los siguientes servicios dentales de rutina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales • Limpiezas • Radiografías <p>Consulte la sección “Servicios dentales” de la Tabla de Beneficios en este capítulo para obtener más información sobre la cobertura de servicios dentales de rutina de nuestro plan que no están cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia	Solo están cubiertos bajo circunstancias específicas
Atención dental no rutinaria		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Servicios Cubiertos de Medicare</p> <p>La atención dental no rutinaria que se necesita para tratar una enfermedad o lesión puede estar cubierta como atención de paciente hospitalizado o de paciente ambulatorio.</p> <p>Servicios que no están cubiertos por Medicare</p> <p>Nuestro plan incluye la cobertura de los siguientes servicios dentales no rutinarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracciones simples de dientes erupcionados o raíces expuestas • Ajustes de prótesis dentales completas o parciales. <p>Consulte la sección “Servicios dentales” de la Tabla de Beneficios en este capítulo para más obtener información detallada sobre esta cobertura.</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta.</p>
Cuidado de rutina para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Cobertura limitada proporcionada de acuerdo a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).</p>
Comidas a domicilio	✓	
Zapatos ortopédicos		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Si los zapatos forman parte de una férula para piernas y están incluidos en el costo de esta, o si los zapatos son para una persona con pie diabético.</p>

Servicios que no están cubiertos por Medicare	No están cubiertos bajo ninguna circunstancia	Solo están cubiertos bajo circunstancias específicas
Aparatos ortopédicos para los pies		<p style="text-align: center;">✓</p> Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con pie diabético.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, quimiototomía radial, cirugía LASIK, tratamiento de la vista y otros aparatos para corregir la visión deficiente.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p><u>Servicios Cubiertos de Medicare</u></p> <p>Examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para las personas después de una cirugía de cataratas.</p> <p><u>Servicios que no están cubiertos por Medicare</u></p> <p>Nuestro plan incluye la cobertura de los siguientes servicios para la vista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de rutina de la vista • Lentes de anteojos, marcos y lentes de contacto <p>Consulte la sección “Servicios de la visión” de la Tabla de Beneficios en este capítulo para obtener más información sobre esta cobertura.</p>
La reversión de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados.	✓	
Acupuntura	✓	
Los servicios de naturopatía (que utilizan tratamientos naturales o alternativos).	✓	

*El cuidado de custodia es aquel que no necesita atención continua de parte del personal médico o paramédico entrenado, como, por ejemplo, la asistencia en las actividades cotidianas tales como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	120
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D.....	120
Sección 1.2	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan...	121
SECCIÓN 2	Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo del plan.....	121
Sección 2.1	Para que su medicamento recetado esté cubierto por el plan, use una farmacia de la red	121
Sección 2.2	Cómo buscar farmacias de la red	122
Sección 2.3	Cómo usar los servicios de orden por correo del plan	123
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos?.....	124
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?.	125
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben formar parte de la “Lista de Medicamentos” del plan).....	126
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	126
Sección 3.2	Hay cinco “niveles de costo compartido” para las medicamentos en la Lista de Medicamentos.....	127
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico forma parte de la Lista de Medicamentos?	128
SECCIÓN 4	Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos	128
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?.....	128
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones?	129
Sección 4.3	¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?	130
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?	131
Sección 5.1	Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría	131
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no forma parte de la Lista de Medicamentos o está restringido de algún modo?	132
Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto?	134

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para una de sus medicamentos?	135
Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	135
Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?	136
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	137
Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos	137
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de asegurado del plan cuando obtiene un medicamento recetado	138
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de miembro	138
Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene con usted su tarjeta de miembro?	139
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	139
Sección 9.1	¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de cuidados médicos especializados para una estadía que está cubierta por el plan?	139
Sección 9.2	¿Qué sucede si reside en un establecimiento de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)?	139
Sección 9.3	¿Qué sucede si también está recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o de jubilados?	140
Sección 9.4	¿Qué sucede si usted está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?	141
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de medicamentos y administración de medicamentos	142
Sección 10.1	Programas para ayudar a que los miembros usen los medicamentos en forma segura	142
Sección 10.2	Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) y otros programas para ayudar a que los miembros administren sus medicamentos	142



¿Sabía que hay un programa disponible para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

El programa “Ayuda Adicional” brinda ayuda económica a las personas con recursos limitados para que paguen sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Está recibiendo, actualmente, ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Constancia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplica en su caso.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Constancia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para miembros y pida la “Cláusula LIS”. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura de medicamentos de la Parte D
--------------------	--

Este capítulo **explica las normas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. El próximo capítulo indica lo que usted paga por las medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, *Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Además de su cobertura para medicamentos de la Parte D, BlueMedicare Classic también cubre algunos medicamentos en virtud de los beneficios médicos del plan. A través de su cobertura de beneficios de la Parte A de Medicare, nuestro plan generalmente cubre los medicamentos que recibe durante sus estancias cubiertas en un hospital o en un centro de cuidados médicos especializados. A través de la cobertura de beneficios de la Parte B de Medicare, nuestro plan cubre medicamentos que incluyen ciertas medicamentos de quimioterapia, ciertas inyecciones de medicamentos que recibe durante una visita al consultorio, y medicamentos que recibe en un centro de diálisis. El Capítulo 4 (*Tabla de Beneficios Médicos, lo que está cubierto y qué paga usted*) indica los beneficios y costos por las medicamentos durante una estancia cubierta en un hospital o centro de cuidados médicos especializados, así como los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Original si se encuentra en un centro para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan cubre únicamente las medicamentos y servicios de la Parte A, B y D de Medicare que no están relacionados con su diagnóstico terminal y condiciones relacionadas y por lo tanto no están cubiertos bajo el beneficio de centro para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*Qué pasa si está en un centro para enfermos terminales para enfermos terminales certificado por Medicare*). Para obtener más información sobre la cobertura de centro para enfermos terminales, consulte la sección de centro para enfermos terminales del Capítulo 4 *Tabla de Beneficios Médicos, qué está cubierto y qué paga usted*).

Las siguientes secciones hablan sobre la cobertura de sus medicamentos bajo las normas de beneficios de la Parte D del plan. Sección 9, *Cobertura en situaciones especiales de los medicamentos de la Parte D* incluye más información en su cobertura de la Parte D y en Medicare Original.

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

Por lo general, el plan cubre sus medicamentos, siempre que usted cumpla con las siguientes normas básicas:

- Debe pedir a un proveedor (un médico u otra persona autorizada para extender recetas) que le escriba su receta médica.
- Su persona autorizada para extender recetas debe aceptar Medicare o presentar documentación a CMS mostrando que está calificado para emitir recetas, o su reclamación de la Parte D será denegado. Debe preguntarle a su emisor de recetas la próxima vez que lo llame o visite si cumple con esta condición. De no ser así, tenga presente que a la persona autorizada para extender recetas le toma tiempo presentar el papeleo necesario para ser procesado.
- Generalmente debe obtener el medicamento recetado en una farmacia de la red. (Consulte la Sección 2, *Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo del plan*).
- El medicamento debe formar parte de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario del plan)* (la denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben formar parte de la “Lista de medicamentos” del plan*).
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que es ya sea aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o apoyado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2	Obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red o a través del servicio de orden por correo del plan.
------------------	---

Sección 2.1	Para que su medicamento recetado esté cubierto por el plan, use una farmacia de la red
--------------------	---

En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos recetados *solo* si las obtiene en las farmacias de la red del plan. (Vea la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubrimos medicamentos recetados surtidos en farmacias fuera de la red.)

Una farmacia de la red es aquella que ha suscrito un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos en la Lista de medicamentos del plan.

Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede visitar cualquiera de estas farmacias de la red para obtener sus medicamentos recetados cubiertos. Su costo compartido puede ser menos en farmacias con costo compartido preferido.

Sección 2.2 Cómo buscar farmacias de la red

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

Para buscar una farmacia de la red, utilice el *Directorio de Farmacias*, visite nuestro sitio de Internet (www.BlueMedicareFL.com) o llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Sin embargo, sus costos pueden ser incluso menores por sus medicamentos cubiertos si una usa farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos en lugar de usar una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. El *Directorio de Farmacias* le indicará cuál de las farmacias de la red ofrece costos compartidos preferidos. Puede obtener más información sobre cómo los costos a su cargo podrían ser diferentes para diferentes tipos de medicamentos al comunicarse con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reabastecerse de un medicamento que está tomando, puede solicitar a un proveedor que le extienda una receta nueva o solicitar que se transfiera su receta médica a su nueva farmacia de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que había estado usando deja de pertenecer a la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia que forme parte de la red. O si la farmacia que ha estado utilizando permanece dentro de la red pero ya no es una farmacia preferida, usted podría desear cambiar a una nueva farmacia. Para buscar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o usar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.BlueMedicareFL.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

En ocasiones, los medicamentos recetados deben obtenerse en farmacias especializadas. Las farmacias especializadas incluyen:

- Las farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Las farmacias que suministran medicamentos para los residentes de establecimientos de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés). Por lo general, los establecimientos LTC (como los centros de cuidados médicos no especializados) tienen su propia farmacia. Si usted se encuentra en un centro de

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

cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), debemos asegurarnos que está dispuesto a recibir los beneficios de la Parte D de manera constante a través de nuestra red de farmacias de cuidados a largo plazo (LTC), que generalmente es la farmacia que el centro de cuidados a largo plazo (LTC) usa. Si tiene alguna dificultad en acceder a los beneficios de la Parte D en un centro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés), comuníquese con Servicios para miembros.

- Las farmacias que brindan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena/Urbano/Tribal (no están disponibles en Puerto Rico). Excepto en emergencias, solo los indígenas estadounidenses o los indígenas de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Las farmacias que suministran determinados medicamentos que la FDA limita a determinados lugares o que requieren manejo especial, coordinación del proveedor o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación debería producirse en raras ocasiones).

Para buscar una farmacia especializada, consulte el *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2.3 Cómo usar los servicios de orden por correo del plan

El servicio de orden por correo de nuestro plan requiere que usted ordene un suministro del medicamento para **un mínimo de 31 días y un máximo de 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener por correo sus medicamentos recetados llame a nuestra farmacia de servicio de orden por correo al 1-866-525-1590, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-800-955-8773. Visite nuestro sitio de Internet en Walgreens.com/PrimeMail. Si para su orden por correo usa una farmacia que no está en la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

Por lo general, usted recibirá una orden de farmacia por correo en no más de 14 días. Las recetas para sustancias controladas pueden tomar más tiempo debido a que nuestra farmacia de servicio de orden por correo debe tomar pasos adicionales para revisar la receta. Esto puede incluir contactar a su médico antes de surtirla.

Si experimenta una demora en recibir su pedido y está en riesgo de quedarse sin su medicamento, puede solicitar una anulación para surtir su receta en una farmacia minorista local llamando al número en la parte de atrás de su tarjeta de identificación. Una vez que obtiene la aprobación, nuestra farmacia de servicio de orden por correo puede transferir su receta médica a la farmacia de su elección o pedir a su médico que llame para solicitar un suministro a corto plazo directamente a su farmacia. Si para su orden por correo usa una farmacia que no está en la red del plan, no se cubrirá su medicamento recetado.

De acuerdo con leyes estatales y federales, algunas recetas para medicamentos clasificadas como sustancias controladas requieren de una revisión detallada antes de poder ser surtidas. Esta revisión puede tomar de 7 a 10 días, además del tiempo de envío. Enviar una receta a una farmacia de orden por correo de la red o transferirla a una farmacia local de la red no garantiza que la receta sea surtida, los farmacéuticos surten recetas sujetos al ejercicio de su discreción profesional.

Tenga en cuenta que: Puede haber algunas instancias en que una farmacia de orden por correo de nuestra red no pueda surtir su receta. En esos casos, se le alertará después de que revisión se haya completado.

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

Después de que la farmacia recibe una receta del proveedor de atención médica, lo contactarán para ver si quiere que surtan el medicamento inmediatamente o más adelante. Esto le dará una oportunidad de asegurarse de que la farmacia está enviando el medicamento correcta (incluida la concentración, cantidad y forma) y, de ser necesario, le permitirá detener o postergar el pedido antes de que se le facture y le sea enviado. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacta, para hacerles saber qué hacer con la nueva receta y para prevenir cualquier demora en el envío.

Renovaciones en recetas de orden por correo. Para renovaciones, póngase en contacto con su farmacia 15 días antes de lo que piensa que se van a acabar sus medicamentos para asegurarse de su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

De manera que la farmacia lo pueda contactar antes de enviar el pedido, asegúrese de decirle a la farmacia la mejor manera de contactarlo. Para obtener más información llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

El plan ofrece dos maneras de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos (también denominado “suministro extendido”) de “mantenimiento” incluido en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular para tratar una afección médica crónica o de largo plazo). Puede ordenar este suministro a través de una orden por correo (consulte la Sección 2.3) o puede ir a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias de venta al por menor** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de Farmacias* le indica qué farmacias en nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en

la contraportada de este folleto).

2. Puede usar los **servicios de orden por correo** de la red del plan. El servicio de orden por correo de nuestro plan requiere que usted ordene un suministro del medicamento para *un mínimo de 31 días y un máximo de 90 días*. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de orden por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no forma parte de la red del plan?

Sus medicamentos recetados pueden estar cubiertos en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de cobertura, en las que puede obtener sus medicamentos recetados como miembro de nuestro plan. Si no puede utilizar una farmacia de la red, a continuación se describen las circunstancias cuando cubriríamos el surtido de medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red:

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, y se enferma, pierde sus medicamentos recetados o se le acaban, cubriremos aquellos que se obtengan en farmacias que no pertenecen a la red. En esta situación, la cobertura corresponderá a un **suministro temporal de medicamento de 31 días**, o menos si su receta médica es por menos días.
- Cubriremos los medicamentos recetados que obtenga en farmacias que no pertenecen a la red si aquellos están relacionados con atención para emergencias médicas o atención de urgencia.
- Cubriremos su medicamento recetado en una farmacia fuera de la red si se presenta, al menos, una de las siguientes situaciones:
 - Si no puede, de manera oportuna, obtener un medicamento cubierto dentro de nuestra área de cobertura debido a que no hay una farmacia de la red dentro de una distancia razonable en automóvil que brinde atención las 24 horas.
 - Si intenta obtener un medicamento recetado que normalmente no se encuentra disponible en una farmacia de venta minorista de la red que esté accesible ni a través del servicio de farmacia a pedido por correo (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
 - Si le aplican una vacuna que es necesaria desde el punto de vista médico, pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare, así como también algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio del médico.

Tenga en cuenta que: Si compra un medicamento en una farmacia fuera de la red, y una de las situaciones explicadas anteriormente aplica a usted, es posible que se le reembolse la tarifa estándar de farmacia de la red de nuestro plan, no el precio completo que pagó por el

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

medicamento. Además, la diferencia en el monto de reembolso del plan y el monto total que pagó por el medicamento será incluido en los costos a su cargo totales.

Cuando ninguna de las situaciones explicadas anteriormente aplican y usted voluntariamente paga el costo a su cargo por un medicamento, será responsable de pagar el precio efectivo total del medicamento y el plan no le reembolsará. El monto que paga no aplicará hacia sus costos a su cargo totales.

En estas situaciones, **consulte primero a Servicios para miembros** para ver si hay una farmacia de la red cercana a su domicilio. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto). Puede estar obligado a 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 dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo completo (en lugar de su parte normal del costo) cuando obtiene su medicamento recetado. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (La Sección 2.1 del Capítulo 7 explica cómo solicitar el reintegro del plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben formar parte de 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 *Constancia de Cobertura*, la denominamos “**Lista de medicamentos**”, para abreviar.

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

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos son solo aquellas que están cubiertos por la Parte D de Medicare (anteriormente en este capítulo, la Sección 1.1 explica acerca de los medicamentos de la Parte D).

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

Capítulo 5. Cómo usar **la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**

- aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos. (Es decir, que la Administración de Drogas y Alimentos haya aprobado el medicamento para el diagnóstico o afección para el cual se está recetando).
- -- *o bien* -- apoyada por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son: American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y USPDI o su sucesor, y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, es igual de efectivo que el medicamento de marca y usualmente cuesta menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué medicamentos *no* están incluidos 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 determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 en este capítulo).
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento determinado en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de estos seis niveles de costos compartidos. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo que tiene que pagar por el medicamento:

- El Nivel 1, nuestro nivel de costos compartidos más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2, nuestro siguiente nivel, incluye los medicamentos genéricos. La cantidad de costo compartido es mayor que la de los medicamentos del Nivel 1.
- El Nivel 3, nuestro siguiente nivel, incluye los Medicamentos de Marca Preferida y algunos Genéricos. La cantidad de costo compartido de los medicamentos de este nivel es mayor que la de los medicamentos del Nivel 2.
- El nivel 4, nuestro siguiente nivel, incluye Medicamentos de Marca No Preferida y algunos Medicamentos Genéricos considerados de alto riesgo o potencialmente

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

inapropiados para el uso en pacientes mayores. La cantidad de costo compartido de los medicamentos de este nivel es mayor que la de los medicamentos del Nivel 3.

- El Nivel 5, nuestro siguiente nivel, incluye Medicamentos Genéricos y de Marca Especializadas. Los medicamentos especializados son muy costosas. La cantidad de costo compartido es incluso mayor por los medicamentos del Nivel 5.
- El Nivel 6 incluye Medicamentos de cuidados selectos. Los medicamentos Select Care son ciertos medicamentos Genéricos utilizados para tratar la diabetes, insuficiencia cardíaca, y otras enfermedades cardiovasculares. La cantidad de costo compartido será inferior que la de los medicamentos del Nivel 1.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquela en la Lista de Medicamentos del plan.

La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico forma parte de la Lista de Medicamentos?
--------------------	--

Tiene tres maneras de averiguarlo:

1. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos por correo.
2. Visitar el sitio de Internet del plan (www.BlueMedicareFL.com). La Lista de Medicamentos del sitio de Internet siempre es la más actualizada.
3. Llamar a Servicios para miembros para averiguar si un medicamento en particular forma parte de la Lista de Medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Hay restricciones de cobertura para algunos medicamentos

Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?
--------------------	--

Para determinados medicamentos recetados, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo las cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos en la forma más efectiva. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos generales de los medicamentos, lo que hace que su cobertura de medicamentos sea más accesible.

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

Por lo general nuestras normas recomiendan obtener un medicamento que sea efectivo para su afección médica y que sea seguro y eficaz. Siempre que un medicamento segura y de menor costo tenga la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las normas del plan están diseñadas para recomendarles a usted y a su proveedor que usen la opción de menor costo. También debemos cumplir con las normas y reglamentaciones de Medicare en materia de cobertura de medicamentos y costos compartidos.

Si existe alguna restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que podamos cubrirlo. Si desea que exoneremos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar la eliminación de la restricción que solicitó. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar las excepciones).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos según factores como concentración, cantidad y forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg, una vez al día versus dos veces por día, tableta versus líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan usa diferentes tipos de restricciones para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos en la forma más efectiva. Las secciones que aparecen a continuación brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para determinados medicamentos.

Restringimos los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica.** Generalmente no cubriremos un medicamento de marca cuando haya disponible una versión genérica. Sin embargo, si su proveedor nos ha dicho la razón médica por la que el medicamento genérico no funcionará para usted, ha escrito “Sin sustituciones” en su receta para un medicamento de marca, o nos ha dicho la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Es posible que su parte del costo para el medicamento de marca sea mayor que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos brindarle cobertura para el medicamento. Esto se denomina

“**autorización previa**”. En ocasiones, el requisito de obtener la aprobación por adelantado ayuda a orientar respecto del uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, su medicamento podría no ser cubierto por el plan.

Probar primero otro medicamento

Este requisito recomienda probar medicamentos menos costosas pero igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, Si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma condición médica, el plan puede necesitar que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no es efectivo para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero otro medicamento se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, pusimos un límite en la cantidad del medicamento que puede recibir al limitar la cantidad de medicamento que puede recibir cada vez que va a renovar su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla al día para un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento recetado a un máximo de una pastilla al día.

Sección 4.3	¿Se aplican algunas de estas restricciones a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de Medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o consulte nuestro sitio de Internet (www.BlueMedicareFL.com).

Si existe alguna restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que podamos cubrirla. Si existe alguna restricción para el medicamento que desea tomar, debe comunicarse con Servicios para miembros para informarse sobre lo que usted o su proveedor tienen que hacer para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que exoneremos la restricción para usted, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar la eliminación de la restricción que solicitó. (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2 para obtener información sobre cómo solicitar las excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría?

Sección 5.1 Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría

Esperamos que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted. Pero es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente, o una que usted o su proveedor consideren que debería tomar que no se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertas o se encuentra en nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos con restricciones. Por ejemplo:

- Por ejemplo, el medicamento podría no estar cubierto en absoluto. 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 existen normas o restricciones adicionales en cuanto a la cobertura de ese medicamento. Como se explica en la Sección 4, algunas de sus medicamentos cubiertos por el plan tienen normas adicionales que restringen su uso. Por ejemplo, es posible que usted deba probar primero otro medicamento, para ver si es efectivo, antes de que se cubra el medicamento que desea tomar. O bien podría haber límites en la cantidad del medicamento (número de pastillas, etc.) que está cubierta durante un periodo particular. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos la restricción.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte del costo sea mayor de lo piensa que debería ser. El plan ubica cada medicamento cubierto en uno de los seis niveles de costo compartido. Lo que usted paga por su medicamento recetado depende, en parte, del nivel de costo compartido en el que se encuentra su medicamento.

Hay ciertas cosas que usted puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría. Sus opciones dependen del tipo de problema que tenga:

- Si el medicamento no forma parte de la Lista de Medicamentos o está restringida, consulte la Sección 5.2 para saber lo que puede hacer.
- Si el medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea mayor de lo que pensaba, consulte la Sección 5.3 para saber lo que puede hacer.

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no forma parte de la Lista de Medicamentos o está restringido de algún modo?

Si su medicamento no forma parte de la Lista de Medicamentos o está restringida, a continuación se incluye lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento (solo miembros, en determinadas situaciones, pueden obtener un suministro temporal). Esto les dará a usted y a su proveedor el tiempo para cambiar a otro medicamento o para presentar una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir que el plan cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando esta no forma parte de la Lista de Medicamentos o tiene algún tipo de restricción. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y para tomar una decisión.

A fin de ser elegible para obtener un suministro temporal, debe cumplir con los dos requisitos que se incluyen a continuación:

1. El cambio en su cobertura de medicamento debe ser uno de los siguientes tipos de cambios:

- El medicamento que ha estado tomando ya **no forma parte de la Lista de Medicamentos del plan.**
- -- o -- el medicamento que ha estado tomando **tiene algún tipo de restricción en la actualidad** (la sección 4 de este capítulo brinda información sobre las restricciones).

2. Usted debe estar en una de las situaciones que se describen a continuación:

- **Para miembros que son nuevos o estuvieron en el plan el año pasado y no se encuentran en un centro de cuidados a largo plazo (LTC):**

Cubriremos un suministro temporal de sus medicamentos **durante los primeros 90 días de su inscripción en el plan si fuera nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si se encontraba en el plan el año pasado.** Este suministro temporal será por un suministro máximo de 30 días. Si su receta es escrita por menos días, permitiremos múltiples renovaciones para proporcionar

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

hasta un máximo de 30 días de suministro del medicamento. El medicamento recetado debe obtenerse en una farmacia de la red.

- **Para miembros que estuvieron en el plan el año anterior y están internados en un establecimiento de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés):**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su inscripción en el plan si era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan del año pasado**. El suministro temporal será por un suministro máximo de 98 días. Si su receta es escrita por menos días, permitiremos múltiples renovaciones para proporcionar hasta un máximo de 98 días de suministro del medicamento. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo puede brindar el medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio).

- **Para miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y están internados en un establecimiento de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesitan un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro para 31 días de un medicamento en particular, o por menos si su receta indica menos días. Esto se agrega al suministro de transición de cuidados a largo plazo antes mencionado.

- **Para aquellos miembros que tienen cambios en centros de atención:**

Durante el nivel de cambio de atención, los medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan se pueden recetar. Si esto ocurre, usted y su proveedor de salud deben utilizar el proceso de solicitud de determinación de cobertura de su plan.

Para prevenir una interrupción en el servicio cuando le den de alta, puede obtener un suministro ambulatorio completo que le permitirá continuar con la terapia una vez que se agote el suministro limitado. Este suministro ambulatorio se encuentra disponible antes que le den el alta para permanecer en la Parte A de Medicare. Cuando es admitido o dado de alta de un establecimiento LTC, no puede tener acceso a los medicamentos que se le suministraron anteriormente. Sin embargo, puede obtener un reabastecimiento en el momento de la admisión o el alta.

Para solicitar un suministro temporal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el periodo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor, a fin de decidir qué debe hacer cuando se agote su suministro temporal. Usted puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y que cubra su medicamento actual. Las secciones que aparecen a continuación brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiar a otro medicamento

Comience por hablar con su proveedor. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que podría ser igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que pueda ser efectivo para usted. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción con usted y cubra la de la manera que a usted le gustaría. Si su proveedor dice tener razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, éste puede ayudarlo a solicitar una excepción de la norma. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento incluso si ésta no forma parte de la Lista de Medicamentos del plan. O bien puede solicitar que el plan haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un miembro actual y un medicamento que está tomando se eliminará de la lista de medicamentos cubiertos o se restringirá de algún modo para el próximo año, le permitiremos solicitar por adelantado una excepción del formulario para el próximo año. Le informaremos acerca de cualquier cambio en la cobertura de su medicamento para el año siguiente. Puede pedir una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de apoyo de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes que el cambio tenga efecto.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 brinda información sobre qué debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límites que han sido establecidas por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje pronta y justamente.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto?
--------------------	--

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, a continuación se detalla lo que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, empiece por hablar con su proveedor. Quizás, hay otro medicamento en un nivel de costo compartido más bajo que podría ser igual de efectivo para usted. Puede llamar a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a que su proveedor encuentre un medicamento cubierto que

pueda ser efectivo para usted. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Para medicamentos en el Nivel 2 (Genéricos) y Nivel 4 (de Marca no Preferida), usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que usted pague menos por esta. Si su proveedor dice tener razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, éste puede ayudarlo a solicitar una excepción de la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 brinda información sobre qué debe hacer. Explica los procedimientos y las fechas límites que han sido establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje pronta y justamente.

Los medicamentos en el Nivel 5 (Medicamentos Especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos la cantidad del costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para una 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 producen a principios de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan podría hacer muchos tipos de cambios en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos.** Hay nuevos medicamentos disponibles, incluidos nuevos medicamentos genéricos. Quizás, el gobierno ha aprobado un nuevo uso para un medicamento existente. En ocasiones, un medicamento se retira del mercado, y decidimos no cubrirla. O bien podríamos eliminar un medicamento de la lista porque se ha determinado que no es eficaz.
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o eliminar una restricción de cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones de cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca con un medicamento genérico.**

En casi todos los casos, debemos obtener la aprobación por parte de Medicare de los cambios que hacemos en la Lista de Medicamentos del plan.

Sección 6.2	¿Qué sucede si la cobertura cambia para un medicamento que está tomando?
--------------------	---

¿Cómo sabrá si la cobertura de su medicamento ha cambiado?

Si se produce un cambio en la cobertura *de un medicamento que está tomando*, el plan le informará mediante una notificación. Normalmente, **le informaremos al respecto, al menos, 60 días por adelantado.**

De vez en cuando, un medicamento es retirado del mercado **en forma repentina** porque se determina que no es segura, o por otras razones. Si esto sucede, el plan eliminará, inmediatamente, el medicamento de la Lista de Medicamentos. Le informaremos de este cambio de inmediato. Su proveedor también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted, a fin de buscar otro medicamento para su afección.

¿Los cambios en su cobertura de medicamento lo afectan de inmediato?

Si algunos de los siguientes tipos de cambios afectan un medicamento que está tomando, el cambio no lo afectará sino hasta el 1 de enero del próximo año, si sigue en el plan:

- Si pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Si aplicamos una nueva restricción en su uso del medicamento.
- Si eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos, pero no porque haya sido retirado en forma repentina del mercado ni porque un nuevo medicamento genérico lo haya reemplazado.

Si sucede alguno de estos cambios en un medicamento que está tomando, el cambio no afectará su uso ni el costo compartido que usted paga sino hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en su uso del medicamento. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán.

En algunos casos, se verá afectado por el cambio de cobertura antes del 1 de enero:

- Si un medicamento **de marca que está tomando es reemplazada por un nuevo medicamento genérico**, el plan debe notificarle con al menos 60 días de anticipación o proporcionarle un reabastecimiento de su medicamento de marca para 60 días en una farmacia de la red.
 - Durante este periodo de 60 días, debe trabajar con su proveedor para pasar al medicamento genérico o a otro medicamento que el plan cubra.
 - O bien usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción y que continúe brindándole cobertura para el medicamento de marca. Para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué*

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

debe hacer si tiene un problema o queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).

- También en este caso, si un medicamento se retira del mercado en forma repentina **porque se ha determinado que no es seguro o por otras razones, el plan eliminará, inmediatamente,** el medicamento de la Lista de Medicamentos. Le informaremos de este cambio de inmediato.
 - Su proveedor también sabrá acerca de este cambio y puede ayudarle a buscar otro medicamento para su afección.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección indica qué tipos de medicamentos recetados están “excluidas”. Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. No pagaremos por los medicamentos que se encuentran en esta sección. La única excepción: Si se determina, luego de una apelación, que el medicamento solicitada es un medicamento que no está excluida por la Parte D y que deberíamos haberla pagado o cubierto por su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 6.5 en este folleto).

A continuación, se incluyen tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán en virtud de 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 la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprada fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan normalmente no puede cubrir usos no indicados en la etiqueta del medicamento. El “uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso distinto de los que se indican en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos.
 - Por lo general, la cobertura del “uso no indicado en la etiqueta” está permitida solo cuando está respaldada por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son: American Hospital Formulary Service Drug Information; DRUGDEX Information System, y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el uso no está

respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir su “uso no indicado en la etiqueta”.

Además, por ley, estas categorías de medicamentos no están cubiertos por los planes de medicamentos de Medicare.

- Los medicamentos sin receta (también denominadas de venta libre)
- Los medicamentos que se utilizan para estimular la fertilidad
- Los medicamentos que se utilizan para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado
- Los medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para estimular el crecimiento capilar
- Las vitaminas y los productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y los preparados de flúor
- Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil, tales como Viagra, Cialis, Levitra y Caverject
- Los medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia y de la pérdida o el aumento de peso
- Los medicamentos para pacientes ambulatorios cuando, como condición de venta, el fabricante solicite que los exámenes relacionados o los servicios de observación se realicen exclusivamente con él

Si recibe Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, es posible que el programa de Medicaid de su estado cubra algunas medicamento recetados que no suelen ser cubiertos por ningún plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6, Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de asegurado del plan cuando obtiene un medicamento recetado

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de miembro

Para obtener su medicamento recetado, muestre su tarjeta de miembro del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando muestre su tarjeta de miembro del plan, la farmacia de la red, automáticamente, le facturará al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento recetado.

Sección 8.2 **¿Qué sucede si no tiene con usted su tarjeta de miembro?**

Si no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan cuando obtiene su medicamento recetado, pida a algún empleado de la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo completo del medicamento recetado cuando la retire.** (Luego, puede solicitarnos el reembolso de nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso del plan).

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

Sección 9.1 **¿Qué sucede si se encuentra en un hospital o en un centro de cuidados médicos especializados para una estadía que está cubierta por el plan?**

Si lo internan en un hospital o en un centro de cuidados médicos especializados para una estadía cubierta por el plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que salga del hospital o del centro de cuidados médicos especializados, el plan cubrirá sus medicamentos, siempre que éstas cumplan con todas nuestras normas de cobertura. Consulte los apartados anteriores de esta sección que brindan información sobre las normas para obtener cobertura de medicamento. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información sobre cobertura de medicamentos y sobre lo que usted paga.

Tenga en cuenta: Cuando ingresa o vive en un centro de cuidados médicos especializados, o sale de él, usted tiene derecho a un período de inscripción especial. Durante este período, puede pasarse a otros planes o cambiar su cobertura. (El Capítulo 10, *Cómo finalizar su inscripción al plan*, indica cuándo puede retirarse de nuestro plan e inscribirse a otro plan de Medicare).

Sección 9.2 **¿Qué sucede si reside en un establecimiento de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés)?**

Por lo general, un establecimiento de cuidados a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados médicos no especializados) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un establecimiento de cuidados a largo plazo, puede recibir sus medicamentos recetados a través de la farmacia del establecimiento, siempre que ésta forme parte de nuestra red.

Para averiguar si la farmacia de su establecimiento de cuidados a largo plazo forma parte de nuestra red, consulte el *Directorio de Farmacias*. Si no así, o si necesita más información,

comuníquese con Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si reside en un establecimiento de cuidados a largo plazo (LTC) y pasa a ser un nuevo asegurado del plan?

Si necesita un medicamento que no forma parte de nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de algún modo, el plan cubrirá un **suministro temporal** de su medicamento durante los primeros 90 días de su inscripción. Este suministro temporal será para un máximo de 98 días, o menos, si su receta médica indica menos días. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de cuidado a largo plazo (LTC) puede brindar el medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio). Si ha sido miembro del plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no forma parte de nuestra Lista de Medicamentos, o si el plan tiene alguna restricción de cobertura sobre el medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o menos, si su receta médica indica menos días.

Durante el periodo en que recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor, a fin de decidir qué debe hacer cuando se agote su suministro temporal. Quizás haya otro medicamento cubierto por el plan que podría ser igual de efectivo para usted. O bien usted y su proveedor pueden solicitar que el plan haga una excepción con usted y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 brinda información sobre qué debe hacer.

Sección 9.3	¿Qué sucede si también está recibiendo cobertura de medicamentos de un plan grupal de empleador o de jubilados?
--------------------	--

¿Tiene, en la actualidad, otra cobertura de medicamentos recetados a través de su grupo empleador o de jubilados (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos recetados actual con nuestro plan.

En general, si actualmente está empleado, la cobertura de medicamentos recetados que le brindemos será *secundaria* a la de su grupo empleador o de jubilados. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría en primer lugar.

Nota especial sobre “cobertura acreditable”:

Cada año, su grupo empleador o de jubilados debería enviarle una notificación que indique si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable” y las opciones disponibles de cobertura de medicamentos.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, significa que el plan tiene cobertura de medicamentos que se espera que pague en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

Conserve estas notificaciones de cobertura acreditable, ya que es posible que las necesite después. Si se inscribe en un plan Medicare que incluye las medicamento de la Parte D podría necesitar estos avisos para mostrar que ha mantenido una cobertura acreditable. Si no recibió una notificación de cobertura acreditable de su grupo empleador o de jubilados, puede obtener una copia del administrador de beneficios del plan de su grupo empleador o de jubilados, o del empleador o sindicato.

Sección 9.4	¿Qué sucede si usted está en un centro para enfermos terminales certificado por Medicare?
--------------------	--

Pero los medicamentos nunca están cubiertos por el centro para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro para enfermos terminales de Medicare y necesita un medicamento contra las náuseas, un laxante o un medicamento para el dolor, o un ansiolítico que no están cubiertos por su centro para enfermos terminales debido a que no está relacionada con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, antes nuestro plan debe recibir una notificación de su emisor de receta o de su proveedor de centro para enfermos terminales diciendo que el fármaco no está relacionado para que el plan cubra el fármaco. Para prevenir demoras al recibir cualquier medicamento no relacionado que debería ser cubierto por nuestro plan, puede preguntar a su proveedor de centro para enfermos terminales o a su emisor de recetas que se aseguren de que tenemos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta la receta.

En caso usted revoque la elección de su centro para enfermos terminales, o sea dado de alta del centro para enfermos terminales, el plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para prevenir cualquier demora en una farmacia cuando finaliza sus beneficios de centro para enfermos terminales de Medicare, debe traer documentación a la farmacia para verificar la revocación o el alta. Vea las partes anteriores de esta sección que hablan de las reglas para obtener cobertura de medicamentos bajo la Parte D. El Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y de lo que paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y administración de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a que los miembros usen los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos entre nuestros miembros, a fin de ayudar a cerciorarnos de que reciban cuidados seguros y apropiados. Estas revisiones son especialmente importantes para los miembros a quienes más de un proveedor les receta sus medicamentos.

Realizamos una revisión cada vez que obtiene un medicamento recetado. También revisamos nuestros registros en forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como:

- Posibles errores de medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento para tratar la misma afección médica
- Medicamentos que pueden no ser seguros ni adecuadas para su edad o sexo
- Determinadas combinaciones de medicamentos que podrían perjudicarlo si se toman al mismo tiempo
- Recetas médicas para medicamentos que tienen ingredientes a los cuales es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.

Si vemos un posible problema en su uso de medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregirlo.

Sección 10.2 Programa de Administración de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés) y otros programas para ayudar a que los miembros administren sus medicamentos

Tenemos programas disponibles que pueden ayudar a nuestros miembros con necesidades complejas de la salud. Por ejemplo, algunos miembros tienen diferentes condiciones médicas, toman diferentes medicamentos al mismo tiempo y tienen costos de medicamentos altos.

Estos programas son voluntarios y gratuitos para miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos elaboró los programas para nosotros. Los programas pueden ayudar a garantizar que nuestros miembros saquen el mayor beneficio de los medicamentos que toman. Un programa es llamado programa de Administración de Farmacoterapia (MTM, por sus siglas en inglés). Algunos miembros que toman medicamentos debido a diferentes afecciones médicas pueden ser aptos para obtener servicios a través de un programa de Administración de Farmacoterapia

(MTM). Un farmacéutico u otro profesional de salud le dará una revisión integral de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cómo puede tomar mejor sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Usted recibirá un resumen escrito de esta discusión. El resumen tiene un plan de acción del medicamento que recomienda lo que puede hacer para hacer mejor uso de sus medicamentos con espacio para que tome notas o apunte cualquier pregunta de seguimiento. También recibirá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma.

Es buena idea programar su revisión de medicamentos antes de su visita anual de “Bienestar”, de manera que pueda hablar con su médico acerca de su plan de acción y de la lista de medicamentos. Traiga su plan de acción y su lista de medicamentos con usted a su visita o en cualquier momento que hable con médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También, tenga su lista de medicamentos con usted (por ejemplo, con su tarjeta de identificación) en caso que vaya a un hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente al programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos, y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta acerca de estos programas, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

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

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

SECCIÓN 1	Introducción.....	147
Sección 1.1	Use este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos	147
Sección 1.2	Tipos de costos a su cargo que podría tener que pagar por las medicamentos cubiertos	148
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en que se encuentra cuando obtiene el medicamento.....	148
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago del medicamento para los miembros de BlueMedicare Classic?	148
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en que se encuentra.....	150
Sección 3.1	Le enviaremos un informe mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)	150
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos.....	150
SECCIÓN 4	No existe deducible para BlueMedicare Classic.....	151
Sección 4.1	Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D	151
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de sus costos de medicamentos, y usted paga su parte.....	152
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde la obtiene	152
Sección 5.2	Una tabla que refleja sus costos para el suministro de un medicamento para un mes.....	153
Sección 5.3	Si su médico receta un suministro para menos de un mes, usted podría no tener que pagar el costo de un suministro para todo el mes	155
Sección 5.4	Una tabla que refleja sus costos por un <i>suministro a largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento	155
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que su costo total por medicamentos del año alcance los \$3,750	157

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura, el plan provee algo de cobertura para los medicamentos.....	157
Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de Brecha en la Cobertura hasta que los costos a su cargo alcancen los \$5,000	157
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos a su cargo para medicamentos recetados	158
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	160
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, usted permanecerá en esta etapa durante el resto del año	160
SECCIÓN 8	Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....	161
Sección 8.1	Nuestro plan tiene cobertura separada para el medicamento para la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de aplicación de la vacuna	161
Sección 8.2	Le recomendamos que nos llame a Servicios para miembros antes de recibir una vacuna	163



¿Sabía que hay un programa disponible para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos?

El programa “Ayuda Adicional” brinda ayuda económica a las personas con recursos limitados para que paguen sus medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 2.

¿Está recibiendo, actualmente, ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Constancia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no se aplica en su caso.** Le hemos enviado por separado una información adicional denominada “Cláusula Adicional de la Constancia de Cobertura para Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos Recetados” (también llamada “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este encarte, llame a Servicios para miembros y pida la “Cláusula LIS”. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Use este capítulo junto con otros materiales que expliquen su cobertura de medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para hacer las cosas más simples, en este capítulo, usamos el término “medicamento” para hacer referencia a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explicó en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D - algunos medicamentos están cubiertos bajo la Parte A o Parte B otros medicamentos están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe saber lo básico sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos recetados y qué normas cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación, se incluyen materiales que explican estos fundamentos:

- **La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan** Para hacer las cosas más simples, la denominamos “Lista de Medicamentos”.
 - Esta Lista de Medicamentos indica qué medicamentos tiene cubiertos.
 - También indica en cuál de los seis “niveles de costo compartido” se encuentra el medicamento y si hay restricciones que se apliquen a la cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este

folleto). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio de Internet, www.BlueMedicareFL.com. La Lista de medicamentos del sitio de Internet siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 brinda información detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las normas que debe cumplir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 también se indica qué tipos de medicamentos recetados no son cubiertos por nuestro plan.
- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada). El *Directorio de Farmacias* tiene una lista de farmacias en la red del plan. También explica qué farmacias en nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, cómo obtener un suministro para tres meses de un medicamento recetado).

Sección 1.2 Tipos de costos a su cargo que podría tener que pagar por las medicamentos cubiertos

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, usted debe estar informado sobre los tipos de costos a su cargo que tendrá que pagar por los servicios cubiertos. La cantidad que paga por un medicamento se llama “costo compartido”, y hay tres formas en las que se le puede pedir que pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” **significa que usted paga una cantidad fija cada vez que obtiene un medicamento recetado.**
- “**Coaseguro**” **significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento recetado.**

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago del medicamento para los miembros de BlueMedicare Classic?

Como se muestra en la tabla a continuación, hay “etapas de pago de los medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados bajo BlueMedicare Classic. Lo que usted paga por un medicamento depende de la etapa en que se encuentra en el momento de obtener un medicamento recetado o reabastecerse de ella.

<p>Etapa 1 <i>Etapa de Deducible Anual</i></p>	<p>Etapa 2 <i>Etapa de Cobertura Inicial</i></p>	<p>Etapa 3 <i>Etapa de brecha en la cobertura</i></p>	<p>Etapa 4 <i>Etapa de cobertura para eventos médicos catastróficos</i></p>
<p>Debido a que el plan no tiene deducible, esta etapa de pago no es aplicable en su caso.</p>	<p>Usted comienza a estar en esta etapa cuando obtiene su primero medicamento recetado del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanece en esta etapa hasta que su “costo total de medicamentos” del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) suman \$3,750.</p> <p>(Puede encontrar información detallada en la Sección 5 de este capítulo).</p>	<p>Para medicamentos genéricos del Nivel 1 (Genéricos preferidos) y del Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos), paga los mismos copagos que pagó en la Etapa de cobertura inicial, o el 44% del costo, lo que sea menor.</p> <p>Por los medicamentos genéricos en los demás niveles, usted paga el 44% del costo.</p> <p>Para medicamentos de marca, paga el 35% del costo (más una parte de la tarifa de suministro).</p> <p>Puede permanecer en esta etapa hasta que los “costos a su cargo” (sus pagos) hasta la fecha alcancen un total de \$5,000. Esta cantidad y las normas de contabilización de costos en relación con esta cantidad han sido establecidas por Medicare.</p> <p>(Puede encontrar información detallada en la Sección 6 de este capítulo).</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2018).</p> <p>(Puede encontrar información detallada en la Sección 7 de este capítulo).</p>

SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en que se encuentra

Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual denominado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha hecho cuando obtiene sus medicamentos recetados o se reabastece de ellos en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de los medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los cuales hacemos un seguimiento:

- Hacemos un seguimiento de lo que usted ha pagado. Esto se denomina su costo **“a su cargo”**.
- Hacemos un seguimiento de su **“costo total por medicamentos”**. Este costo es la cantidad que usted u otros pagan en su nombre más la cantidad que paga el plan.

Nuestro plan elaborará un informe escrito denominado Explicación de Beneficios de la Parte D (en ocasiones, denominada EOB de la Parte D) cuando usted haya obtenido uno o más medicamentos recetados a través del plan durante el mes anterior. Incluye:

- **Información de ese mes.** Este informe brinda información detallada de pago respecto de los medicamentos recetados que ha obtenido durante el mes anterior. Muestra los costos totales por medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales del año, desde el 1 de enero.** Esto se denomina información “del año a la fecha”. Refleja el costo total por medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.

Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre los pagos de sus medicamentos

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos hechos por medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación se describe cómo puede ayudarnos a mantener información suya correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de asegurado cuando obtenga un medicamento recetado.** Para asegurarnos de que sepamos qué medicamentos recetados obtiene y lo que usted paga, muestre su tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga un medicamento recetado.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Es posible que, en ocasiones, usted pague por medicamentos recetados cuando no obtengamos,

automáticamente, la información que necesitamos para hacer un seguimiento de los costos a su cargo. Para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus costos de desembolso, usted puede brindarnos copias de los recibos de los medicamentos que haya comprado. (Si se le cobra un medicamento cubierto, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). A continuación, se incluyen algunos tipos de situaciones en las que es recomendable enviarnos copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado por sus medicamentos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando realiza un copago por las medicamentos que se proporcionan a través de un programa de asistencia al paciente de un laboratorio farmacéutico.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan hecho por usted.** Los pagos que efectúen ciertas personas y organizaciones también cuentan para los costos a su cargo y le ayudan a calificar para la cobertura para eventos médicos catastróficos. Por ejemplo, los pagos que hace un programa de asistencia con medicamentos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para sus costos a su cargo. Debe mantener un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
 - **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba por correo una *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D), léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta información en el informe o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4 No existe deducible para BlueMedicare Classic

Sección 4.1 Usted no paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

No hay deducible para BlueMedicare Classic. Usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial cuando obtiene su primero medicamento recetado del año. Consulte la Sección 5 para obtener información acerca de su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte que le corresponde de sus costos de medicamentos, y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde la obtiene
--------------------	--

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (su cantidad de copago o de coaseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde obtenga el medicamento recetado.

El plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de estos seis niveles de costos compartidos. Por lo general, cuanto más alto es el número del nivel de costo compartido, más alto es el costo que usted debe pagar por el medicamento:

- El Nivel 1, nuestro nivel de costos compartidos más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.
- El Nivel 2, nuestro siguiente nivel, incluye los medicamentos genéricos. La cantidad de costo compartido es mayor que la de los medicamentos del Nivel 1.
- El Nivel 3, nuestro siguiente nivel, incluye las Medicamentos de Marca Preferida y algunos Genéricos. La cantidad de costo compartido de los medicamentos de este nivel es mayor que la de los medicamentos del Nivel 2.
- El nivel 4, nuestro siguiente nivel, incluye medicamentos de marca no preferidos y algunos medicamentos genéricos considerados de alto riesgo o potencialmente inapropiados para el uso en pacientes mayores. La cantidad de costo compartido de los medicamentos de este nivel es mayor que la de los medicamentos del Nivel 3.
- El Nivel 5, nuestro siguiente nivel, incluye Medicamentos Genéricos y de Marca Especializados. Los medicamentos especializados son muy costosos. La cantidad de costo compartido es incluso mayor por los medicamentos del Nivel 5.
- El Nivel 6 incluye Medicamentos de cuidados selectos. Los medicamentos Select Care son ciertos medicamentos Genéricos utilizados para tratar la diabetes, insuficiencia cardíaca, y otras enfermedades cardiovasculares. La cantidad de costo compartido será inferior que la de los medicamentos del Nivel 1.

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

Sus opciones de farmacias

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan
- La farmacia de servicio de orden por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de Farmacias del plan*.

En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados *solo* están cubiertos si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red. Algunas de las farmacias de nuestra red también ofrecen costo compartido preferido. Puede ir a farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen costo compartido estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos pueden ser menores en farmacias que ofrecen costo compartido preferido.

Sección 5.2	Una tabla que refleja sus costos para el suministro de un medicamento para un mes
--------------------	--

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

- “Copago” **significa que usted paga una cantidad fija cada vez que obtiene un medicamento recetado.**
- “Coaseguro” **significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que obtiene un medicamento recetado.**

Como se muestra en la tabla a continuación, la cantidad del copago o de coaseguro depende del nivel de costo compartido donde se encuentra su medicamento. **Por favor tenga en cuenta:**

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que se indica en la tabla, usted pagará el precio más bajo para el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea menor*.
- Cubrimos los medicamentos recetados surtidos en las farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información acerca de cuándo cubriremos un medicamento recetado que se obtiene en una farmacia fuera de la red.

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

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

	Costo compartido de una farmacia minorista preferida (Dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de orden por correo (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido de cuidado a largo plazo (LTC) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener información detallada). (un suministro de hasta 31 días)
Nivel de costo compartido 1 (Medicamentos Genérico Preferidos)	\$13	\$3	\$3	\$3	\$13
Nivel de Costo Compartido 2 (Medicamentos Genérico)	\$20	\$13	\$13	\$13	\$20
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos de Marca)	\$47	\$40	\$40	\$40	\$47
Nivel de costo compartido 4 (Medicamentos de Marca No Preferida)	\$100	\$93	\$93	\$93	\$100
Nivel de costo compartido 5 (Medicamentos Especializados)	33%	33%	33%	33%	33%
Nivel de costo compartido 6 (Medicamentos de cuidados)	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

Sección 5.3	Si su médico receta un suministro para menos de un mes, usted podría no tener que pagar el costo de un suministro para todo el mes
--------------------	---

Generalmente, la cantidad que paga por un medicamento recetado cubre el suministro para todo un mes de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetar un suministro de medicamentos para menos de un mes. Habrá veces cuando quiera preguntarle a su médico acerca de recetar un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez que es conocido por provocar serios efectos secundarios). Si su médico receta un suministro para menos de un mes, usted no tendrá que pagar por el suministro total del mes para ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando recibe suministro para menos de un mes dependerá de si es responsable para pagar su coaseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto de la suma total).

- Si es responsable del coaseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta es para todo un mes o para algunos días. Sin embargo, debido a que el costo total del medicamento es menor si recibe un suministro para menos de un mes, la cantidad que paga será menor.
- Si usted es responsable de un copago por un medicamento, su copago estará basado en el número de días del medicamento que recibe. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tarifa diaria de costo compartido”) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.
 - Aquí un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento para un suministro de un mes (un suministro de 31 días) es \$31. Esto significa que la cantidad que paga diariamente por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro para 7 días del medicamento, su pago será de \$1 al día multiplicado por 7 días, y dará el pago total de \$7.

El costo compartido diario le permite asegurar un medicamento que funcione para usted antes que pague el suministro para todo el mes. También puede solicitarle al médico que recete, y que su farmacia suministre, menos de un suministro de un medicamento o medicamentos para un mes completo, si esto lo ayudará a planear mejor la fecha de renovación de los diferentes medicamentos recetados para que pueda hacer menos viajes a la farmacia. La cantidad que pague dependerá de los días de suministro que reciba

Sección 5.4	Una tabla que refleja sus costos por un <i>suministro a largo plazo</i> (hasta 90 días) de un medicamento
--------------------	--

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando obtiene su medicamento recetado. Un suministro

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

a largo plazo es un suministro máximo de 90 días. (Para detalles en dónde y cómo obtener un suministro de largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

El cuadro a continuación muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro a largo plazo de hasta 90 días de un medicamento.

- **Tenga en cuenta:** Si su medicamento cubierto cuesta menos que la cantidad de copago que se indica en la tabla, usted pagará el precio más bajo para el medicamento. Usted paga *ya sea* el precio completo del medicamento *o* la cantidad del copago, *lo que sea menor*.

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

	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de una farmacia minorista preferida (Dentro de la red) (un suministro de hasta 90 días)	Costo compartido de orden por correo (un suministro de hasta 90 días)
Nivel de costo compartido 1 (Medicamentos Genéricos Preferidos)	\$39	\$9	\$9
Nivel de Costo Compartido 2 (Medicamentos Genérico)	\$60	\$39	\$39
Nivel de Costo Compartido 3 (Medicamentos de Marca Preferida)	\$141	\$120	\$120
Nivel de costo compartido 4 (Medicamentos de Marca No Preferida)	\$300	\$279	\$279
Nivel de costo compartido 5 (Medicamentos Especializados)	Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.	Un suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos en el Nivel 5.
Nivel de costo compartido 6 (Medicamentos de cuidados selectos)	\$0	\$0	\$0

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que su costo total por medicamentos del año alcance los \$3,750
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la cantidad total por los medicamentos recetados que usted haya obtenido y de los cuales se haya reabastecido alcance el límite de **\$3,750 para la Etapa de Cobertura Inicial**.

Su costo total por medicamentos se basa en la suma de lo que usted ha pagado y lo que el plan de la Parte D ha pagado:

- **Lo que usted ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que comenzó a comprar su primer medicamento del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos a su cargo). Esto incluye:
 - El total que pagó como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que el plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si estuvo afiliado en un plan diferente de la Parte D en cualquier momento durante el 2018, la cantidad que el plan pagó durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta hacia sus costos totales por medicamentos).

La *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a hacer un seguimiento de cuánto han gastado en su nombre usted y el plan, así como cualquier tercero, durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$3,750 en un año.

Le informaremos si alcanza esta cantidad de \$3,750. Si alcanza esta cantidad, usted dejará de permanecer en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Brecha en la Cobertura.

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Brecha en la Cobertura, el plan provee algo de cobertura para los medicamentos
------------------	---

Sección 6.1	Usted permanece en la Etapa de Brecha en la Cobertura hasta que los costos a su cargo alcancen los \$5,000
--------------------	---

Cuando está en la Etapa de Brecha en la Cobertura, el Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare proporciona descuentos de fabricantes en medicamentos de marca. Usted paga 35% del precio negociado y una parte de la tarifa de suministro para medicamentos de marca. Tanto el monto que paga como el monto descontado por el fabricante cuentan hacia sus costos a su cargo como si los hubiera pagado y lo mueven en la brecha de cobertura.

Durante la etapa de brecha en la cobertura, usted paga el mismo copago para los medicamentos genéricos en el Nivel 1 (Genéricos preferidos) y en el Nivel 6 (Medicamentos de cuidados selectos) que en la etapa de cobertura inicial, o el 44% del costo, lo que sea

menor. Para los medicamentos genéricos en todos los demás niveles, usted no paga más del 44% del costo del medicamento, y el plan paga el resto. Para los medicamentos genéricos, la cantidad que paga el plan (56%) no cuenta como parte de sus costos a su cargo. Sólo la cantidad que usted paga cuenta y contribuye a que usted pase la brecha en la cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por medicamentos de marca y no más del 44% del costo de medicamentos genéricos hasta que los pagos a su cargo anuales hayan alcanzado el monto máximo establecido por Medicare. En 2018, esa cantidad es \$5,000.

Medicare tiene normas sobre lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para sus costos a su cargo. Cuando alcanza un límite de costos a su cargo de \$5,000, usted deja de permanecer a la Etapa de Brecha en la Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos a su cargo para medicamentos recetados
--------------------	--

A continuación se incluyen las normas de Medicare que debemos cumplir cuando hacemos un seguimiento de sus costos de desembolso para sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus costos a su cargo

Cuando suma los costos a su cargo, **puede incluir** los pagos que aparecen a continuación (siempre que correspondan a los medicamentos cubiertos por la Parte D y usted cumpla con las normas de cobertura de medicamentos, que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- La cantidad que usted paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa de Cobertura inicial
 - Etapa de brecha en la cobertura.
- Cualquier pago que realizó durante este año calendario como asegurado de un plan diferente de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si usted mismo hace estos pagos, se incluyen en sus costos a su cargo.
- Estos pagos *también se incluyen* si son realizados en su nombre por **otras personas u organizaciones determinadas**. Esto incluye los pagos de sus medicamentos hechas por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia con medicamentos para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés) o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos que realiza el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.

- Se incluyen algunos de los pagos hechos por el Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare. Se incluye la cantidad que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Pero no está incluido el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

Cómo pasar a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos:

Cuando usted (o quien paga en su nombre) ha gastado un total de \$5,000 en costos a su cargo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de Brecha en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

Estos pagos no se incluyen en los costos a su cargo

Cuando suma los costos a su cargo, **no se le permite incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan de cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no sean de la Parte D, incluidas las medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o por la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que hace por medicamentos recetados que, generalmente, no están cubiertos en un Plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos hechos por el plan para sus medicamentos genéricos si están en la Brecha en la Cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos hechos por un tercero con una obligación legal para pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación para el empleado por accidentes laborales).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga parte o la totalidad de sus costos a su cargo por medicamentos, usted debe informarle a nuestro plan al respecto. Llame a Servicios para miembros para comunicarnos esta situación (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede hacer un seguimiento del total de sus costos de desembolso?

- **Lo ayudaremos.** El informe de *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye la cantidad actual de sus costos a su cargo (la Sección 3 en este capítulo brinda información sobre este informe). Cuando alcance un total de \$5,000 en costos a su cargo para el año, este informe le indicará que ha dejado de pertenecer a la Etapa de Brecha en la Cobertura y ha pasado a la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le indica lo que puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, usted permanecerá en esta etapa durante el resto del año
--------------------	---

Usted reúne los requisitos para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos cuando sus costos a su cargo han alcanzado el límite de \$5,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos, usted permanecerá en esta etapa de pago durante el resto del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos.

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coaseguro o un copago, *la que sea mayor de las siguientes cantidades*:
 - – *ya sea* – un coaseguro del 5% del costo del medicamento
 - -o- \$3.35 para un medicamento genérico o un medicamento que es tratado como genérico y \$8.35 para todos los otros medicamentos.
- **Nuestro plan paga el resto del costo.**

SECCIÓN 8 Lo que usted paga por las vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 8.1 Nuestro plan tiene cobertura separada para el medicamento para la vacuna de la Parte D en sí y para el costo de aplicación de la vacuna

Nuestro plan le brinda cobertura de una serie de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede obtener información acerca de la cobertura para estas vacunas al consultar la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4, Sección 2.1.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo del medicamento **en vacunas en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **su aplicación**. (En ocasiones, esto se denomina “administración” de la vacuna).

¿Qué paga por una vacuna de la Parte D?

Lo que paga por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (contra qué se vacuna).
 - Algunas vacunas son consideradas beneficios médicos. Puede obtener información acerca de la cobertura de estas vacunas consultando el Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.
 - Otras vacunas son consideradas medicamentos de la Parte D. Usted puede encontrar estas vacunas en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan.
- 2. El lugar donde obtiene el medicamento que compone la vacuna.**
- 3. ¿Quién le aplica la vacuna?**

Lo que usted paga en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias. Por ejemplo:

- En ocasiones, cuando se le aplique su vacuna, usted deberá pagar el costo total del medicamento para la vacuna y su aplicación. Puede solicitar que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo.
- En otras ocasiones, cuando reciba el medicamento para la vacuna o su aplicación, usted pagará solo su parte del costo.

Para saber cómo funciona esto, a continuación se incluyen tres formas comunes en que podría aplicársele la vacuna de la Parte D. Recuerde que es su responsabilidad pagar todos los costos asociados con las vacunas (incluida su aplicación) durante la Etapa de Brecha en la Cobertura de su beneficio.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la aplica en la farmacia de la red. (La disponibilidad de esta opción depende de dónde vive. Algunos estados no permiten que las farmacias apliquen vacunas).

- Deberá pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna y el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará los costos restantes.

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

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y de su aplicación.
- Luego, puede solicitar que nuestro plan le pague su parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que pagemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos*).
- Se le reembolsará la cantidad que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida su aplicación), menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional” le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico para la aplicación.

- Deberá pagar a la farmacia la cantidad de su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego, puede solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo usando los procedimientos descritos en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará la cantidad que cobró el médico por aplicarle la vacuna, menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si obtiene “Ayuda adicional” le reembolsaremos esta diferencia).

Sección 8.2	Le recomendamos que nos llame a Servicios para miembros antes de recibir una vacuna
--------------------	--

Las normas de cobertura de vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que nos llame a Servicios para miembros siempre que planifique recibir una vacuna. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- Podemos informarle acerca de cómo nuestro plan cubrirá su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Podemos informarle acerca de cómo mantener bajo su propio costo usando proveedores y farmacias de nuestra red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, le podemos decir lo que debe hacer para que nosotros paguemos por nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted ha recibido por servicios
médicos o medicamentos*

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos

SECCIÓN 1	Situaciones en las cuales debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus cuidados médicos o medicamentos que están cubiertos.....	166
Sección 1.1	Si usted paga la parte de los costos compartidos de un servicio o medicamento cubierto que nos corresponde a nosotros, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.	166
SECCIÓN 2	Cómo solicitar que le reintegremos un pago o que paguemos una factura que ha recibido	169
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago	169
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos	170
Sección 3.1	Verificamos si deberíamos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos	170
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos por toda o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación	170
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las cuales debería guardar sus recibos y enviarnos copias	171
Sección 4.1	En algunos casos, debería enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos a su cargo por medicamentos	171

SECCIÓN 1 Situaciones en las cuales debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus cuidados médicos o medicamentos que están cubiertos

Sección 1.1	Si usted paga la parte de los costos compartidos de un servicio o medicamento cubierto que nos corresponde a nosotros, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago.
--------------------	--

En ocasiones, cuando obtiene atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo completo de inmediato. En otras ocasiones, puede descubrir que ha pagado más de lo que esperaba en virtud de las normas de cobertura del plan. En cualquiera de los casos, puede solicitar que nuestro plan le reintegre el pago (el reintegro del pago, por lo general, se denomina “reembolso”). Tiene derecho a que nuestro plan le reintegre el pago siempre que usted haya pagado más que su parte del costo por los servicios médicos o las medicamentos que están cubiertos por nuestro plan.

También puede haber ocasiones en que usted reciba una factura de un proveedor por el costo completo de la atención médica que ha recibido. En muchos casos, debería enviarnos esta factura en lugar de pagarla. Analizaremos la factura y decidiremos si los servicios deberían estar cubiertos. Si decidimos que deberían estar cubiertos, pagaremos al proveedor directamente.

A continuación, encontrará ejemplos de situaciones en las que posiblemente necesite solicitar que nuestro plan le reintegre un pago o que pague una factura que usted haya recibido:

1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o urgentemente necesaria por parte de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia por parte de cualquier proveedor, independientemente de que el proveedor forme o no parte de nuestra red. Cuando recibe los servicios de emergencia o de urgencia necesarios de un proveedor que no forma parte de nuestra red, usted solo es responsable del pago de su parte del costo, no del costo total. Debería pedirle al proveedor que le facture al plan nuestra parte del costo.

- Si usted mismo paga la cantidad total en el momento en que recibe la atención, debe solicitar que le reintegremos nuestra parte del costo. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que, en ocasiones, usted reciba una factura del proveedor mediante la cual se le solicite un pago que usted cree que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se adeuda algún pago al proveedor, pagaremos al proveedor directamente.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos **que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos**

- Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos la cantidad que usted adeudaba y le reintegraremos el pago correspondiente a nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red siempre deberían facturarle al plan directamente y deberían solicitarle su parte del costo únicamente. Sin embargo, algunas veces cometen errores y le solicitan que pague más que su parte.

- Solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales aparte, lo que se denomina “facturación de saldo”. Esta protección (de que usted nunca pagará más de la cantidad de costo compartido que le corresponde) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor. Para obtener más información sobre la “facturación de saldo”, consulte el Capítulo 4, Sección 1.3.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad que usted considera mayor de la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura al proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado, y solicite que le reintegremos la diferencia entre la cantidad que pagó usted y la cantidad que adeudaba según el plan.

3. Si se afilia retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactivo significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber ocurrido el año anterior).

Si se afilió retroactivamente en nuestro plan y ya pagó como costo de desembolso cualquiera de sus servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos nuestra parte de los costos. Nos deberá presentar la documentación para que manejemos el reembolso.

Llame a Servicios para miembros para obtener información adicional acerca de cómo pedirnos que le reintegremos y las fechas límite para hacer su solicitud. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento recetado

Si se dirige a una farmacia fuera de la red y trata de usar su tarjeta de miembro para obtener un medicamento recetado, es posible que la farmacia no nos pueda presentar directamente la

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos

reclamación. En ese caso, usted deberá pagar el costo completo de su medicamento recetado. (Cubrimos las medicamentos recetados obtenidas en las farmacias fuera de la red solo en unas pocas situaciones especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener más información).

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo.

5. Cuando paga el costo completo de un medicamento recetado porque no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan

Si no tiene con usted su tarjeta de miembro del plan, puede solicitar que la farmacia llame al plan o que consulte su información de inscripción. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información sobre la inscripción que necesita, es posible que usted mismo deba pagar el costo completo de medicamento recetado.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo.

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

Es posible que usted pague el costo completo del medicamento recetado porque ha descubierto que el medicamento, por alguna razón, no está cubierto.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no forme parte de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan; o podría tener un requisito o una restricción que no conocía o que no consideraba que debería aplicar a usted. Si decide obtener el medicamento inmediatamente, podría tener que pagar el costo completo.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos el pago. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo.

7. Cuando paga el costo total por una vacuna cubierta en sus beneficios de la Parte D.

Si usted va a al consultorio de su médico para obtener una vacuna cubierta por su beneficio de farmacia, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna, así como la tasa cobrada por su médico para aplicarle la vacuna. Puede solicitar que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reintegremos el pago. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para que le reintegremos el pago de nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*) incluye información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reintegremos un pago o que paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos su solicitud de pago

Envíenos su solicitud de pago, junto con su factura y la documentación de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de sus recibos como constancia.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para solicitar el pago.

- No está obligado a usar el formulario, pero nos ayudará a procesar más rápido la información
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio de Internet (www.BlueMedicareFL.com) o llame a Servicios para miembros y solicite el formulario. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Envíe por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo a esta dirección:

Para presentar solicitudes relacionadas con atención médica:

Florida Blue HMO

P.O. Box 1798

Jacksonville, Florida 32231-0014

Debe enviarnos su reclamación en los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para presentar solicitudes relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D:

Prime Therapeutics (Med-D)

P.O. Box 20970

Lehigh Valley, PA 18002-0970

Debe enviarnos su reclamación en los 36 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe lo que debe haber pagado o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con respecto a ellas, podemos ayudarlo. También puede

llamarnos si desea que le brindemos más información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos

Sección 3.1	Verificamos si deberíamos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto adeudamos
--------------------	---

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted cumplió con todas las normas sobre cómo obtener la atención o el medicamento pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si usted aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (El Capítulo 3 explica las normas que debe cumplir para obtener sus servicios médicos cubiertos. (El Capítulo 5 explica las normas que debe cumplir para obtener sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D)
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos nuestra parte del costo. En su lugar, le enviaremos una carta que explicará las razones por las cuales no enviamos el pago que ha solicitado y sus derechos de apelar esa decisión.

Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos por toda 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 no está de acuerdo con la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. La presentación de una apelación significa que usted nos está solicitando que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*). El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Si nunca antes ha presentado una apelación, le resultará útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso de las decisiones de cobertura y apelaciones, y brinda definiciones de

términos, como “apelación”. Luego, después de haber leído la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 que le explica qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para obtener el reintegro del pago de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para obtener el reintegro del pago de un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las cuales debería guardar sus recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debería enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos a su cargo por medicamentos

En algunas situaciones, debería informarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando un pago. En lugar de ello, nos está informando sus pagos para que podamos calcular correctamente los costos a su cargo. Esto puede ayudar a que reúna más rápido los requisitos para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

A continuación se incluyen dos situaciones en las que debería enviarnos copias de los recibos para informarnos los pagos que ha realizado por sus medicamentos:

1. Cuando compra el medicamento a un precio que es menor que nuestro precio

A veces, cuando se encuentre en la Etapa de Brecha en la Cobertura, puede comprar su medicamento **en una farmacia de la red** por un precio más bajo que el nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia podría ofrecer un precio especial para el medicamento. O bien puede tener una tarjeta de descuento que no forme parte de nuestro beneficio que ofrece un menor precio.
- A menos que se cumplan condiciones especiales, debe usar una farmacia de la red en estas situaciones y su medicamento debe formar parte de nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia de modo que podamos contar sus costos a su cargo, a fin de que usted reúna los requisitos para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.
- **Tenga en cuenta que:** Si se encuentra en la Etapa de Brecha en la Cobertura, es posible que no paguemos ninguna parte de los costos de estas medicamentos. Pero si nos envía una copia del recibo, esto nos permitirá calcular correctamente sus costos a su

cargo y puede ayudar a que usted reúna los requisitos más rápido para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un laboratorio farmacéutico

Algunos miembros están inscritos a un programa de asistencia al paciente ofrecido por un laboratorio farmacéutico, que no forma parte de los beneficios del plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa ofrecido por un laboratorio farmacéutico, es posible que pague un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia de modo que podamos contar sus costos a su cargo, a fin de que usted reúna los requisitos para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.
- **Tenga en cuenta que:** Dado que está obteniendo su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no a través de los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de esta medicamento. Pero si nos envía una copia del recibo, esto nos permitirá calcular correctamente sus costos a su cargo y puede ayudar a que usted reúna los requisitos más rápido para la Etapa de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos.

Dado que en los dos casos descritos anteriormente no está solicitando un pago, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe hacer valer sus derechos como miembro del plan.....	175
Sección 1.1	Debemos brindarle información en un formato que usted entienda (en idiomas diferentes al español, en Braille, en letra imprenta grande o en otros formatos alternativos, etc.)	175
Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que le convenga (en idiomas que no sean el inglés, en Braille, en letra grande, en formatos alternos, etc.)	175
Sección 1.2	Debemos tratarlo de forma justa y respetuosa en todo momento.....	176
Sección 1.3	Debemos garantizar que obtenga acceso en forma oportuna a sus servicios médicos y medicamentos que están cubiertos.....	176
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal	177
Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus cuidados médicos que están cubiertos.....	184
Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	186
Sección 1.7	Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado	189
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?	189
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos	190
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	190
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	190

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe hacer valer sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos brindarle información en un formato que usted entienda (en idiomas diferentes al español, en Braille, en letra imprenta grande o en otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Para que le brindemos información en un formato que usted entienda, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas de los miembros con discapacidad y que no hablan inglés. También podemos brindarle información en inglés, Braille, letra grande o en otro formato alternativo de forma gratuita si así lo necesita. Tenemos la obligación de proporcionarle información acerca de los beneficios del plan en forma accesible y adecuada para usted. Para recibir información de nosotros de una manera comprensible para usted, llame a Servicio para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con el Coordinador de la Sección 1557 al 1-800-477-3736 x29070 o en section1557coordinator@floridablue.com.

Si tiene algún inconveniente para obtener información de nuestro plan en forma accesible y adecuada para usted, llame para presentar una queja ante el Departamento de Apelaciones y Quejas de Florida Blue al 1-800-926-6565. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. Se incluye información de contacto en esta Constancia de Cobertura o con esta correspondencia, o puede comunicarse con Servicios para miembros de Florida Blue al 1-800-926-6565 para obtener información adicional.

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que le convenga (en idiomas que no sean el inglés, en Braille, en letra grande, en formatos alternos, etc.)
--------------------	---

Para que le brindemos información en un formato que usted entienda, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la última página de este folleto).

Nuestro plan tiene personal y servicios de intérpretes gratuitos disponible para responder todas las preguntas de los miembros que no hablan inglés o que tienen alguna discapacidad. También, si lo necesita, podemos proporcionarle información en Braille, en letra grande o en otros formatos alternativo sin costo alguno. Nosotros debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para que le brindemos información en un formato que usted entienda, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la última página de este folleto). O comuníquese con el

Coordinador de la Sección 1557 al 1-800-477-3736 x29070 o
section1557coordinator@floridablue.com.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame para presentar un reclamo con el Departamento de Quejas y Apelaciones de Florida Blue al 1-800-926-6565. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights). La información de contacto se incluye en esta Constancia de cobertura o con este envío, o para obtener información adicional, se puede comunicar con Servicios para miembros de Florida Blue al 1-800-926-6565.

Sección 1.2	Debemos tratarlo de forma justa y respetuosa en todo momento
--------------------	---

Nuestro plan debe cumplir con las leyes que lo protegen de la discriminación o del trato injusto. **No discriminamos a las personas** por su raza, etnia, país de origen, religión, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, información genética, prueba de aseguramiento, o ubicación geográfica dentro del área de cobertura.

Si desea mayor información o tiene dudas acerca de la discriminación o trato injusto, llame al Department of Health and Human Services' **Office for Civil Rights** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda en cuanto al acceso a la atención, llámenos a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja, como un problema relacionado con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para miembros puede ayudarlo.

Sección 1.3	Debemos garantizar que obtenga acceso en forma oportuna a sus servicios médicos y medicamentos que están cubiertos
--------------------	---

Como asegurado de nuestro plan, tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de la red del plan, para que proporcione y coordine sus cuidados médicos que están cubiertos (el Capítulo 3 explica este tema más en detalle). Llame a Servicios para miembros para saber qué médicos aceptan nuevos pacientes (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). También tiene el derecho de consultar a un especialista en salud femenina (por ejemplo, un ginecólogo), quiropráctico, dentista, proveedor de salud mental y tratamiento de abuso de sustancias, dermatólogo, y podólogo sin un referido.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y cuidados médicos cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un periodo razonable*. Esto incluye el derecho de obtener servicios brindados por especialistas, de manera oportuna, cuando usted necesita esa atención. Usted también tiene derecho a obtener sus medicamentos recetados o a reabastecerse de ellas en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin grandes demoras.

Si considera que no está obteniendo sus medicamentos de la Parte D dentro de un periodo razonable, la Sección 9 del Capítulo 10 de este folleto brinda información sobre lo que puede hacer. (Si le hemos denegado cobertura por sus medicamentos recetados y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le brinda información sobre lo que puede hacer).

Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal
--------------------	---

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus registros médicos y de la información de salud personal. Protegemos su información de salud personal, según exigen estas leyes.

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos brindó cuando se inscribió a este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y con el control de cómo se usa su información de salud. Le proporcionamos una notificación escrita denominada “Notificación de Práctica de Privacidad”, que brinda información sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona no autorizada revise ni altere sus registros.
- *En la mayoría de las situaciones, si brindamos su información de salud a cualquier persona que no le esté brindando atención o pagando por esta, debemos obtener, en primer lugar, un permiso escrito de usted. El permiso escrito puede ser proporcionado por usted o por alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre.*
- Hay ciertas excepciones en las que no es un requisito obtener primero su permiso escrito. Estas excepciones están permitidas o exigidas por la ley.
 - Por ejemplo, debemos divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es un asegurado de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, dicha divulgación se hará conforme las leyes y reglamentaciones federales.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas.

Tiene derecho a ver sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle por las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido con otros su información de salud para cualquier propósito que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
REVÍSELA CON ATENCIÓN.**

Esta Notificación entra en vigencia el 3 de septiembre del 2013.

Nosotros (Blue Cross and Blue Shield of Florida, Inc., con nombre comercial Florida Blue and Health Options, Inc., y nombre comercial Florida Blue HMO, y BeHealthy Florida Inc., con nombre comercial Florida Blue Preferred HMO, a quienes se refiere conjuntamente como Florida Blue en esta notificación) entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y estamos comprometidos con mantenerla. La PHI es información financiera personal no pública que puede usarse de manera razonable para identificarlo a usted y que mantenemos en el curso normal ya sea al administrar el plan de salud de grupo autoasegurado de su empleador o al proveerle con cobertura de atención médica asegurada y otros servicios. La PHI también incluye su información de identificación personal que podríamos recopilar de usted en relación con el proceso de aplicación e inscripción para la cobertura de seguro de salud.

Estamos obligados de acuerdo a leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su PHI. También estamos obligados a proporcionarle esta Notificación que describe nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos relacionados con su PHI. Estamos obligados a seguir las prácticas de privacidad que se describen en esta Notificación mientras estén vigentes.

Nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de esta Notificación en cualquier momento y a hacer que los términos de nuestra Notificación actualizada estén vigentes para toda la PHI que mantenemos actualmente o que podríamos mantener en el futuro. Si realizamos un cambio significativo a nuestras prácticas de privacidad, publicaremos una Notificación actualizada en nuestro sitio de Internet antes de la fecha de entrada en vigencia, y proporcionaremos la Notificación actualizada o la información acerca del

cambio y de cómo obtener la Notificación revisada, a los individuos cubiertos en nuestro siguiente correo anual.

Cómo protegemos su PHI

- Nuestros empleados son capacitados en nuestras políticas y procedimientos de privacidad y protección de datos.
- Utilizamos salvaguardas administrativas, físicas y técnicas para ayudar a mantener la privacidad y seguridad de su PHI.
- Tenemos políticas y procedimientos establecidos que restringen el uso de nuestros empleados de su PHI a aquellos que están autorizados a acceder a esta información para propósitos de tratamiento o pago o para realizar ciertas operaciones de atención médica; y
- Nuestras divisiones corporativas de Ética Laboral, Integridad y Cumplimiento supervisan cómo seguimos estas políticas y procedimientos de privacidad.

Cómo debemos revelar su PHI

- **Para usted:** Revelaremos su PHI a usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para administrar sus ‘Derechos Individuales’ bajo esta Notificación.
- **Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés):** Revelaremos su PHI a HHS, si fuera necesario, para garantizar que sus derechos de privacidad sean protegidos.
- **Según lo exija la ley:** Revelaremos su PHI cuando sea requerido por ley.

Cómo podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización escrita:

Podemos usar y revelar su PHI sin su autorización escrita de varias maneras en relación con su tratamiento, el pago para su atención médica y para nuestras operaciones de atención médica. Al usar o revelar su PHI, o al solicitar su PHI de otra entidad, haremos esfuerzos razonables para limitar su uso, revelar o solicitarla, en la medida de lo posible, al mínimo necesario para lograr los propósitos deseados de dicho uso, revelación o solicitud. Los siguientes son solo algunos ejemplos de los tipos de uso y revelación que hacemos de su PHI sin su autorización escrita.

- **Para el tratamiento:** Podemos usar y revelar su PHI en la medida que sea necesario para ayudar a su tratamiento o a la coordinación de su cuidado. Por ejemplo, podemos revelar su PHI a médicos, odontólogos, hospitales u otros proveedores de atención médica para que puedan brindarle tratamiento.
- **Para el pago:** Podemos usar y divulgar su PHI para administrar su política o contrato de beneficios médicos. Por ejemplo, podemos usar y divulgar su PHI para pagar reclamos por servicios proporcionados a usted por médicos, dentistas u hospitales. Podemos divulgar su PHI a proveedores de atención médica o a otro plan de salud de manera que el proveedor o el plan pueda obtener pago de un reclamo o realizar otras actividades de pago.
- **A la familia y amigos y otros para tratamiento o pago:** Nuestra divulgación de su PHI para propósitos de tratamiento y pago descritos anteriormente pueden incluir divulgaciones a otros que estén involucrados en su atención o en la administración de su política o contrato de beneficios de salud. Por ejemplo, podríamos divulgar su PHI a los miembros de su familia, amigos o cuidadores si usted nos indica que lo hagamos o si hacemos uso de nuestro criterio profesional y determinamos que ellos están involucrados

ya sea en su cuidado o en la administración de su política de beneficios de salud. Podríamos enviar una explicación de beneficios al titular de la política, que podría incluir reclamos pagados y otra información. Podríamos determinar que hay personas involucradas en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud si usted acepta o no objeto una divulgación de su PHI a dichas personas cuando se le da la oportunidad de hacerlo. En caso de emergencia o en situaciones en que está incapacitado o no está presente de otra manera, podríamos divulgar su PHI a los miembros de su familia, amigos, cuidadores u otros, cuando las circunstancias indiquen que dicha divulgación está autorizada por usted y es por su bien. En estas situaciones solo divulgaremos su PHI relevante al involucramiento de dicha persona en su cuidado o administración de su política de beneficios de salud.

- **Para operaciones de atención médica:** Podríamos usar y divulgar su PHI para apoyar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podríamos usar o divulgar su PHI para realizar actividades de evaluación de calidad y mejoras, para realizar investigaciones de fraude y abuso, para realizar coordinación de cuidado y manejo de caso o para comunicarnos con usted acerca de beneficios, productos o servicios relacionados con su salud, o tratamiento alternativo que pudiera interesarle. También podríamos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a leyes de privacidad federales, siempre y cuando la entidad tenga o haya tenido relación con usted y la PHI sea divulgada solo para ciertas operaciones de atención médica de dicho proveedor, plan u otra entidad. Podríamos usar y divulgar su PHI según sea necesario para realizar y coordinar servicios legales, auditorías u otras funciones. También podríamos usar y divulgar su PHI para realizar actividades de suscripción; sin embargo, estamos prohibidos de usar o divulgar su información genética para propósitos de suscripción.
- **A los asociados comerciales para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica:** Nuestro uso de PHI para tratamiento, operaciones de pago o atención médica descritas anteriormente (o para otros usos o divulgaciones descritos en esta Notificación) pueden involucrar nuestra divulgación de su PHI a ciertas otras entidades con las que hemos firmado contratos para realizar o proporcionar ciertos servicios en su nombre (Socios Comerciales). También podríamos permitir a nuestros Socios Comerciales crear, recibir, mantener o transmitir su PHI en nuestro nombre para que el Socio Comercial pueda proporcionarnos servicios, o para que la administración o gerencia propia del Socio Comercial pueda cumplir con las responsabilidades legales del Socio Comercial. Estos Socios Comerciales incluyen abogados, contadores, asesores, oficinas de compensación de reclamos y otros terceros. Nuestros Socios Comerciales pueden volver a divulgar su PHI a contratistas para que estos contratistas puedan proporcionar servicios a los Socios Comerciales. Estos contratistas estarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones que aplican a los Socios Comerciales. Cuando dicho arreglo con un Socio Comercial involucre el uso o divulgación de su PHI, tendremos un contrato escrito con nuestro Socio Comercial que contenga los términos diseñados para proteger la privacidad de su PHI.
- **Para la seguridad y salud pública:** Podríamos usar o divulgar su PHI en la medida que sea necesario para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad de otros. También podríamos divulgar su PHI para actividades de supervisión de salud pública y de atención médica gubernamental, y para reportar un abuso o negligencia aparente, o violencia doméstica a las autoridades gubernamentales.

- **Según lo permita la ley:** Podríamos usar o divulgar su PHI cuando se nos permita hacerlo por ley.
- **Para procesos y procedimientos legales:** Podríamos divulgar su PHI en respuesta a una orden de la corte u orden administrativa, citación, solicitud de descubrimiento y otros procesos legales.
- **Actividad delictiva o cumplimiento de la ley:** Podríamos divulgar su PHI a un oficial de cumplimiento de la ley con respecto a víctimas de crímenes y actividades criminales. Podríamos divulgar su PHI si creemos que el uso o divulgación es necesario para prevenir o aminorar una amenaza seria e inminente a la salud y seguridad de una persona o del público. También podríamos divulgar su PHI si es necesario para las autoridades del cumplimiento de la ley para atrapar a un individuo.
- **Funciones gubernamentales especiales:** Cuando apliquen las condiciones apropiadas, podríamos usar o divulgar la PHI de los individuos que son personal de las Fuerzas Armadas (i) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de comando militares apropiadas, (ii) para el propósito de determinación de parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad a beneficios o, (iii) a autoridades militares extranjeras si es miembro de dicho servicio militar extranjero. También podríamos divulgar su PHI a oficiales federales autorizados para realizar actividades de seguridad e inteligencia nacional, incluida la provisión de servicios de protección al Presidente y otros legalmente autorizados a recibir dicha protección gubernamental.
- **Presos:** Podríamos usar o divulgar su PHI si usted está interno en una institución correccional y su médico ha creado o recibido su PHI en el transcurso de proporcionarle atención a usted.
- **A los Auspiciadores del Plan, si aplica (incluidos empleadores que actúan como Auspiciadores del Plan):** Podríamos divulgar información de inscripción y de desinscripción al auspiciador del plan de su plan de salud grupal. También podríamos divulgar cierta PHI al auspiciador del plan para desempeñar funciones de administración del plan. Podríamos divulgar información de salud en resumen al auspiciador del plan de manera que el auspiciador del plan pueda ya sea obtener ofertas de primas o decidir si cambia, modifica o termina su plan de salud grupal. Vea sus documentos del plan, si es aplicable, para obtener una explicación completa de los usos y divulgaciones limitados que el auspiciador del plan puede hacer de su PHI al proporcionar funciones de administración del plan a su plan de salud grupal.
- **Para Médicos forenses, Directores de Funerarias y Donación de Órganos:** Podríamos divulgar su PHI a un forense o examinador médico para propósitos de identificación, determinar la causa de la muerte o para que el forense o examinador médico pueda realizar otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar la PHI al director de la funeraria, según lo autorice la ley, para permitir que el director de la funeraria lleve a cabo sus deberes. También podemos divulgar dicha información si se anticipa de manera razonable la muerte. La PHI puede usarse y divulgarse para propósitos de donación de órganos ojos o tejido de cadáveres.
- **Investigación:** Podríamos divulgar su PHI a investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado los

propósitos de la investigación y haya establecido protocolos para asegurar la privacidad de su PHI, o cuando de otra manera lo permita la ley federal.

- **Recaudación de fondos:** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para nuestro beneficio. Usted tiene derecho a elegir no recibir dichas comunicaciones.
- **Grupos de datos limitados e información sin identificación:** Podríamos usar o divulgar su PHI para crear un grupo de datos limitados o información sin identificación, y usar y divulgar dicha información como sea permitido por la ley.
- **Para la compensación de trabajadores:** Podríamos divulgar su PHI según sea permitido por las leyes de compensación de los trabajadores y otras similares.

Uso y autorización de la PHI permitido únicamente después de haber recibido la autorización:

Obtendremos su autorización por escrito en los casos descritos a continuación: (i) usos y divulgaciones de su PHI para propósitos de marketing, incluidas las comunicaciones de tratamiento subsidiado (excepto para ciertas actividades que de otra manera sean permitidas por la ley de privacidad federal, como comunicaciones personales o regalos promocionales de valor nominal); (ii) divulgación de su PHI que constituye una venta de PHI bajo leyes de privacidad federales y que requieren de su autorización; y (iii) otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en esta Notificación.

También hay otras leyes federales y estatales que pueden restringir más la divulgación que hagamos de cierta PHI (en la medida que conservemos dicha información) que es considerada altamente confidencial. La PHI altamente confidencial puede incluir información relacionada con:

- notas de psicoterapia
- prevención de abuso de drogas y alcohol, tratamiento y referido;
- análisis, diagnóstico o tratamiento del VIH/SIDA
- enfermedades de transmisión sexual; y
- pruebas genéticas

Es nuestra intención cumplir con los requisitos de estas leyes de privacidad más exigentes y solo divulgaremos este tipo de PHI especialmente protegida con su autorización previa y por escrito excepto cuando nuestra divulgación de esta información sea permitida o requerida por ley.

Autorización: Puede darnos su autorización escrita para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona para cualquier propósito que no esté permitido ni requerido por la ley. Si nos da su autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará cualquier uso o divulgación permitido por su autorización mientras esté vigente. En caso que se encuentre incapacitado o no esté disponible de otra manera para responder nuestra solicitud de autorización (por ejemplo, si está o se vuelve incompetente legalmente), podríamos aceptar una autorización de una persona que legalmente esté autorizada a dar dicha autorización en su nombre.

Derechos individuales:

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame a servicio al cliente al número en su tarjeta de identificación.

- **Acceso:** Con limitadas excepciones, tiene derecho a inspeccionar y obtener copias de su PHI. Es posible que cobremos un cargo razonable según lo permita la ley. Proporcionaremos una copia de su PHI en la forma y formato solicitado, si es producible en dicha forma o formato, o, si no, en una copia física legible o en algún formato que acordemos entre usted y nosotros. En caso su PHI esté contenida en uno o más grupos de registros electrónicos designados, tiene derecho a obtener una copia de dicha información en forma electrónica y en el formato solicitado, si es producible en dicha forma y formato, o, si no, en una forma y formato electrónico legible como acordemos entre usted y nosotros. Puede solicitar que enviemos la copia de su PHI directamente a otra persona, siempre que su solicitud sea por escrito, firmada por usted y que haya identificado claramente a la persona designada y a dónde debemos enviar la copia de su PHI.
- **Enmienda:** Con limitadas excepciones, usted tiene derecho a solicitar que modifiquemos su PHI.
- **Detalle de las revelaciones:** Tiene derecho a solicitar y recibir una lista de ciertas divulgaciones realizadas de su PHI. Si solicita esta lista más de una vez en un periodo de 12 meses, podríamos cobrarle una tarifa razonable según lo permita la ley para responder a cualquier solicitud adicional.
- **Restricción en el uso y la revelación:** Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso o divulgación de su PHI para ciertos propósitos. Estamos obligados a aceptar una solicitud de restricción de divulgación de su PHI a un plan de salud si nos presenta la solicitud y: (i) la divulgación es para propósitos de llevar a cabo operaciones de pagos o de atención médica y no es de otra manera requerida por ley; y (ii) la PHI pertenece solo a un artículo o servicio de atención médica por el que usted, u otra persona en su nombre que no sea el plan de salud, ha pagado los costos a su cargo totales a la entidad cubierta. Podríamos no tener que estar de acuerdo con todas las otras restricciones y, en algunos casos, podríamos negar su solicitud. Estaremos de acuerdo en restringir el uso o la divulgación de su PHI siempre que la ley lo permita y determinemos que la restricción no impacta en nuestra habilidad de administrar sus beneficios. Incluso si acordamos una solicitud de restricción, podríamos divulgar su PHI en una situación de emergencia médica y usar o divulgar su PHI para propósitos de salud y seguridad pública, u otros beneficios públicos similares permitidos o requeridos por ley.
- **Comunicación confidencial:** Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en privado acerca de su PHI en una dirección alternativa. Cuando llame al número de Servicios para miembros en su tarjeta de identificación para solicitar comunicaciones confidenciales a una dirección alternativa, solicite "dirección de PHI".
Nota: Si elige que se le envíen las comunicaciones confidenciales a una dirección de PHI, solo responderemos a solicitudes de usted. Si recibe servicios de un proveedor de atención médica, usted es responsable de notificar a aquellos proveedores directamente si le gustaría tener una dirección de PHI con ellos.
- **Notificación de privacidad:** Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de esta Notificación en cualquier momento. Para obtener más información o si tiene preguntas

acerca de esta Notificación, póngase en contacto con nosotros usando la información que aparece al final de esta Notificación.

- **Infracción:** Usted tiene derecho a recibir, y nosotros estamos obligados a proporcionar, una notificación escrita de una brecha donde su PHI no asegurada ha sido accedida, usada, adquirida o divulgada a una persona no autorizada como resultado de dicha brecha, y que compromete la seguridad o privacidad de su PHI. A menos que usted especifique por escrito que desea recibir la notificación por correo electrónico, proporcionaremos dicha notificación por escrito por correo aéreo de primera clase, o, si fuera necesario, por otra formas sustituidas de comunicación permitida por la ley.
- **Copia impresa:** Tiene derecho a recibir una copia en papel de esta Notificación, previa solicitud, incluso si antes ha acordado recibir la Notificación electrónicamente.

Reclamaciones

Si le preocupa que podríamos haber violado sus derechos de privacidad, puede quejarse con nosotros usando la información de contacto que aparece al final de esta Notificación. También puede presentar una solicitud escrita al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos previa solicitud.

Apoyamos su derecho de proteger la privacidad de su PHI. No habrá represalia alguna si elige presentar una queja ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Contacto: **Business Ethics, Integrity & Compliance**
Florida Blue
PO Box 44283
Jacksonville, FL 32203-4283
1-888-574-2583

If you wish to obtain this notice in English, please call the customer service number on the back of your ID card and ask to be transferred to a bilingual representative.

Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus cuidados médicos que están cubiertos
--------------------	--

Como miembro de BlueMedicare Classic, tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información. (Como se explicó anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que le brindemos información en un formato que entienda. Esto incluye recibir la información en un idioma que no sea inglés y en letra grande o en formatos alternativos).

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan. También incluye información sobre la cantidad de

apelaciones presentadas por los miembros y las calificaciones de desempeño del plan, que incluye cómo ha sido calificado por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a que le brindemos información sobre las competencias de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para una lista de los proveedores en la red del plan, consulte el *Directorio de Proveedores*.
 - Para obtener una lista de las farmacias de la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores y farmacias, puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio de Internet en www.BlueMedicareFL.com.

- **Información sobre su cobertura y normas que debe cumplir cuando usa su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos tiene cubiertos, cualquier restricción en su cobertura y qué normas debe cumplir para recibir sus cuidados médicos que están cubiertos.
 - Para obtener información detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D consulte los Capítulos 5 y 6 *de este folleto, más la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan. Estos capítulos, junto con la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las normas que debe cumplir y las restricciones en su cobertura para determinados medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las normas o las restricciones, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
 - Si no tiene cubierto un medicamento de la Parte D o si su cobertura está restringida de algún modo, puede solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación, incluso si recibió el servicio médico o el medicamento de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué medicamento de la Parte D está cubierto para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Nos puede solicitar que cambiemos la decisión presentando una apelación. Para obtener información detallada sobre qué debe hacer si algo no está cubierto de la manera que usted considera que debería

estarlo, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Brinda información detallada sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión. (El Capítulo 9 también brinda información sobre cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si desea solicitar que nuestro plan pague nuestra parte del costo de un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6	Debemos respaldar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	--

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica.

Tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y de otros proveedores de atención médica cuando recibe atención médica. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted comprenda*.

También tiene derecho a participar por completo en las decisiones acerca del cuidado de su salud. A fin de ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de cuál es el mejor tratamiento para usted, a continuación se enumeran algunos de sus derechos:

- **Conocer todas sus opciones de tratamiento.** Esto significa que tiene derecho a recibir información sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su costo o de si están cubiertos por nuestro plan. También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan, a fin de ayudar a que los miembros administren sus medicamentos y los usen en forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen sobre todos los riesgos que implica su atención. Deben proporcionarle información anticipada si cualquier atención o tratamiento médicos propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir "no".** Tiene el derecho a rechazar el tratamiento que se le ha recomendado. Esto incluye el derecho a salir de un hospital u otro establecimiento médico, aunque su médico le aconseje que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si rechaza un tratamiento o deja de tomar el medicamento, usted acepta su entera responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **A recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le ha negado la atención que usted considera que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. El Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitar al plan una decisión de cobertura.

Tiene derecho a brindar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas usted mismo.

En ocasiones, debido a accidentes o a una enfermedad grave, las personas no pueden tomar por sí solas decisiones sobre atención médica. Tiene derecho a decir qué quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario escrito **para dar a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por usted mismo.
- Entregar instrucciones por escrito a su médico sobre la forma en que desea que manejen su atención médica si por alguna circunstancia usted no puede tomar las decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones reciben el nombre de “**directivas anticipadas para el tratamiento médico**” (advance directives). Existen distintos tipos de mandatos para el tratamiento médico deseado en el futuro, que reciben diferentes nombres. Documentos llamados “**herencia en vida**” y “**poder para la atención médica**” son ejemplos de mandatos para el tratamiento médico deseado en el futuro.

Si desea usar una “directiva anticipada para el tratamiento médico” para dar instrucciones, a continuación se describe lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Si desea contar con una directiva anticipada para el tratamiento médico, puede obtener un formulario a través de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. En ocasiones, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden suministrarle los formularios de directiva anticipada para el tratamiento médico. También puede contactar a Servicios para miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Llénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, recuerde que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas que correspondan.** Debería entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted designa en el formulario para que tome decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Es probable que también quiera entregarles copias a amigos cercanos o a familiares. Asegúrese de conservar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que será hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve consigo una copia cuando vaya al hospital.**

- Si lo hospitalizan, le preguntarán si ha firmado un formulario de directiva anticipada para el tratamiento médico y si lo ha traído.

- Si no ha firmado un formulario de mandato para el tratamiento médico deseado en el futuro, el hospital tiene a disposición formularios, y se le preguntará si quiere firmar uno.

Recuerde, tiene la capacidad de elegir si quiere completar una directiva anticipada para el tratamiento médico (que incluye si quiere firmar uno si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya firmado o dejado de firmar una directiva anticipada para el tratamiento médico.

¿Qué sucede si no se cumplen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva y cree que un médico o el hospital no ha cumplido con las instrucciones contenidas en ella, puede presentar una queja ante la Agencia para la Administración de la Atención Médica de Florida, (Florida Agency for Health Care Administration), Division of Health Quality Assurance, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL 32308.

Como miembro de nuestro plan:

Florida Blue HMO está comprometido a tratarlo de tal manera que respete su derecho a participar completamente en su atención médica. Una de las maneras para logra esto es suministrando información que le ayude a tomar decisiones informadas, permitiéndole aprovechar al máximo sus beneficios médicos. Florida Blue y Florida Blue HMO proporciona información detallada sobre los siguientes temas en su página de Internet **www.BlueMedicareFL.com**:

- Información de apelaciones y reclamaciones;
- Información sobre la salud del comportamiento y las pautas de cuidados preventivos;
- Dónde obtener información acerca de su Plan de Beneficios, incluyendo cómo obtener atención fuera del área de cobertura;
- Proceso de administración de casos, elegibilidad y cómo ser referido al programa;
- Programas de manejo de enfermedades, elegibilidad y cómo ser referido al programa;
- Cómo acceder a servicios de emergencias y atención de urgencia;
- Derechos y responsabilidades de los asegurados y cómo obtener ayuda en diferentes idiomas;
- Nueva tecnología;
- El valor de tener un médico de atención primaria;
- Cómo Florida Blue HMO protege su privacidad
- Descripción de nuestros programas de mejoramiento de calidad, iniciativas y progreso hacia nuestras metas; y

- Cómo manejamos y protegemos su experiencia con los servicios de salud, incluyendo cualquier requisito de administración de utilización y cómo comunicarse con el personal.

Para acceder a esta información, visite www.BlueMedicareFL.com, haga clic en "Recursos y Herramientas" (Resources and Tools), luego haga clic en "Formularios de Medicare" (Medicare Forms), luego "Documentos y Formularios Generales de BlueMedicare" (General BlueMedicare Documents and Forms). En esta página se puede hacer una búsqueda por palabra clave del documento ("Sus Derechos como Miembro y Más" [Your Member Rights and More]).

Si tiene preguntas acerca de cualquiera de estos temas o quisiera solicitar el material, comuníquese con Servicios para miembros al 1-800-926-6565 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

Sección 1.7	Tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado
--------------------	---

Si tiene problemas o inquietudes sobre los servicios o atención cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le informa lo que puede hacer. Le brinda los detalles acerca cómo lidiar con los tipos de problemas y quejas. Lo que debe hacer para llevar a cabo un seguimiento de un problema o una inquietud depende de la situación. Es posible que deba solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura por usted, presentarnos una apelación para cambiar una decisión de cobertura o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja) **debemos tratarlo justamente**.

Usted tiene derecho a obtener un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros han presentado anteriormente en contra de nuestro plan. Para obtener esta información, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos?
--------------------	---

Cuando se trate de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles.

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o país de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos **Oficina de Derechos Civiles** al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su oficina local de Derechos Civiles.

Cuando se trate de otro tema

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para manejar el problema que tiene:

- Puede llamarnos a Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal**. Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamarnos a Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al SHIP** Para obtener información detallada sobre esta organización y sobre cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones de Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 **Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan**

Sección 2.1 **¿Cuáles son sus responsabilidades?**

A continuación se describe lo que debe hacer como miembro del plan. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Podemos ayudarlo.

- **Familiarícese con sus cuidados médicos que están cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtener estos cuidados.** Use este folleto de *Constancia de Cobertura* para saber qué tiene cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los cuidados médicos que están cubiertos.

- Los Capítulos 3 y 4 brindan información detallada sobre sus servicios médicos, que incluye lo que está cubierto, lo que no está cubierto, las normas que deben cumplirse y lo que usted paga.
 - Los Capítulos 5 y 6 brindan los detalles acerca de su cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- Si tiene cualquier otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos recetados, además de nuestro plan, debe informarnos al respecto. Llame a Servicios para miembros para comunicarnos esta situación (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - Debemos cumplir con las normas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura en forma conjunta cuando obtiene sus cuidados médicos que están cubiertos a través de nuestro plan. Esto se denomina “**coordinación de beneficios**” porque implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que obtiene de nuestro plan con cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos que tenga a su disposición. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información acerca de la coordinación de beneficios, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está afiliado a nuestro plan.** Muestre su tarjeta de asegurado del plan siempre que obtenga su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Ayude a que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo adelante con su atención.
 - Para ayudar a que sus médicos y otros proveedores de servicios de salud le brinden la mejor atención, obtenga la mayor cantidad de información posible sobre sus problemas de salud y bríndeles la información que necesitan sobre usted y su salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan acerca de todas las medicamentos que está tomando, incluyendo medicamentos sin recetas, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de hacerlas. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deberían explicar las cosas de manera que usted pueda entenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que le dieron, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Para reunir los requisitos para inscribirse en nuestro plan, debe tener la Parte A y B de Medicare. Por eso, algunos miembros del plan deben pagar una prima por la Parte A de Medicare y la mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima por la Parte B de Medicare para seguir estando afiliados.

- Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o el medicamento. Esto será un copago (una cantidad fija) o un coaseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- Si obtiene algún servicio médico o algún medicamento que no está cubierto por nuestro plan ni por otro seguro que pueda tener, usted debe pagar el costo completo.
 - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura por un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.
- Si se requiere que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, usted debe pagar el monto adicional directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Notifíquenos si se muda.** Si prevé mudarse, es importante que nos informe de inmediato al respecto. Llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si se muda *fuera* del área de cobertura de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. (El Capítulo 1 brinda información sobre nuestra área de cobertura). Podemos ayudarle a determinar si se está mudando fuera de nuestra área de cobertura. Si se muda fuera de nuestra área de cobertura, tendrá un Periodo de Inscripción al Seguro Especial durante el cual podrá inscribirse a cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de cobertura, de todos modos debemos conocer esta información** para que podamos mantener actualizado su registro de asegurado y saber cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante decirle al Seguro Social o (Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto para estas organizaciones en el Capítulo 2.)
- **Llame a Servicios para miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos cualquier sugerencia que pueda tener para mejorar nuestro plan.
 - Los números de teléfono y los horarios de Servicios para miembros se encuentran en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección de correo postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

ANTECEDENTES	197
SECCIÓN 1	Introducción..... 197
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud..... 197
Sección 1.2	¿Qué sucede con los términos legales? 197
SECCIÓN 2	Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros 198
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada..... 198
SECCIÓN 3	Para manejar su problema, ¿qué proceso debe usar? 199
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso de presentación de quejas? 199
DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES	200
Sección 4	Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones..... 200
Sección 4.1	Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general 200
Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación..... 201
Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda información detallada para su situación?..... 202
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 202
Sección 5.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el pago de nuestra parte del costo de su atención 203
Sección 5.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que usted desea)..... 204
Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan) 208
Sección 5.4	Paso a paso: Cómo hacer una Apelación Nivel 2..... 211

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?	213
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	214
Sección 6.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D.....	215
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?	217
Sección 6.3	Cosas importantes que debe saber acerca de cómo solicitar excepciones ..	219
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.....	220
Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)	223
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	226
SECCIÓN 7	Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto	228
Sección 7.1	Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación escrita de Medicare, que le brindará información sobre sus derechos	229
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	230
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	234
Sección 7.4	¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?	235
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	238
Sección 8.1	Esta sección se refiere solo a tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de cuidados médicos especializados y servicios de una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).....	238
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura.....	239
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado	240
Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado	242

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

Sección 8.5	¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?	243
SECCIÓN 9	Llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores	246
Sección 9.1	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones de Servicios Médicos	246
Sección 9.2	Niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de medicamentos de la Parte D.	248
PRESENTACIÓN DE QUEJAS		249
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la Servicios para miembros u otras inquietudes	249
Sección 10.1	¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?.....	249
Sección 10.2	La manera formal de decir “presentar una queja” es “iniciar un reclamo”. 251	
Sección 10.3	Paso a paso: Presentar una queja.....	252
Sección 10.4	También puede presentar quejas acerca de la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	254
Sección 10.5	También puede comunicarle su queja a Medicare	254

ANTECEDENTES

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

- Para algunos tipos de problemas, debe usar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el **proceso de presentación de quejas**.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un manejo justo y adecuado de sus problemas, cada proceso cuenta con un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que nosotros y usted debemos cumplir.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso adecuado que deberá usar.

Sección 1.2 ¿Qué sucede con los términos legales?

Algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite explicados en este capítulo contienen términos legales técnicos. Muchos de estos términos resultan poco familiares para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de comprender.

Para hacer las cosas más simples, este capítulo explica los procedimientos y las normas legales usando palabras más simples, en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo, por lo general, habla de “presentar una queja” en lugar de “iniciar un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización” o “determinación de cobertura”, y “Organización de Revisión Independiente” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”. También usa la menor cantidad de abreviaturas posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, para usted conocer los términos legales correctos para la situación en la que se encuentra. Conocer los términos que debe usar lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa cuando maneja su problema, y a obtener la ayuda o información adecuada para su situación. Para ayudarlo a conocer los términos que debe usar, incluimos términos legales cuando le brindamos información detallada sobre cómo manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Usted puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

En ocasiones, puede resultar confuso comenzar el proceso para manejar un problema o seguir adelante con dicho proceso. Esto puede ser particularmente cierto si no se siente bien o tiene poca energía. En otras ocasiones, es posible que no tenga los conocimientos necesarios para dar el paso siguiente.

Obtenga ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos disponibles para ayudarlo. Pero, en algunas situaciones, le recomendamos obtener ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. Puede comunicarse siempre con su **Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa gubernamental ha capacitado asesores en todos los estados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a comprender qué proceso debería usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecer orientación sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfonos en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede comunicarse con Medicare. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio de Internet de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

SECCIÓN 3 Para manejar su problema, ¿qué proceso debe usar?

Sección 3.1	¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso de presentación de quejas?
--------------------	---

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que aparece a continuación lo ayudará.

Para saber qué parte de este capítulo le ayudará con su problema específico o inquietud,
COMIENCE AQUÍ

¿Su problema o inquietud se relacionan con sus beneficios o con su cobertura?

(Esto incluye problemas respecto de si cierta atención médica o medicamentos recetados en particular están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o las medicamentos recetados).

Sí. Mi problema es acerca de los beneficios o de la cobertura.

Vaya a la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4: "Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

No. Mi problema no es acerca de los beneficios o de la cobertura.

Continúe a la Sección 10 al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

Sección 4 **Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones**

Sección 4.1 **Solicitud de decisiones de cobertura y presentación de apelaciones: visión general**

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones maneja problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el proceso que se usa para asuntos como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitud de decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos en relación a sus beneficios y su cobertura o a 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 recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de su cobertura si su médico no está seguro si cubriremos un servicio médico determinado o se rehúsa a proporcionar la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que usted lo reciba, puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura por usted.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos lo que usted tiene cubierto y la cantidad que pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o un medicamento no están cubiertos por Medicare o los ha dejado de cubrir. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, usted puede presentar una apelación.

Presentación de una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Cuando apela una decisión por primera vez, a esto se le conoce como una Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para verificar si hemos cumplido con todas las normas como corresponde. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión desfavorable original. Le damos nuestra decisión al completar la revisión. Bajo algunas circunstancias, que discutiremos después, puede solicitar una apelación rápida, o “decisión de cobertura rápida” o acelerada de una decisión de cobertura.

Si rechazamos la totalidad o parte de su Apelación de Nivel 1, podrá recurrir a una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 es llevada a cabo por una organización independiente, que no está relacionada con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Si esto ocurre, se lo informaremos. En otras situaciones, usted deberá solicitar una Apelación del Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 2, usted puede recurrir a muchos otros niveles de apelación.

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Desea ayuda? A continuación se incluyen recursos que se recomienda que use si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede llamarnos a Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para **obtener ayuda gratuita de una organización independiente** que no está relacionada con nuestro plan, comuníquese con su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.**
 - Por atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, automáticamente será enviada al Nivel 2. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro proveedor deben ser designados como su representante.
 - Por medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona autorizada para emitir recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para solicitar cualquier apelación después del Nivel 2, su médico u otro proveedor deben ser designados como su representante.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe por usted como su “representante”, a fin de solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Es posible que haya alguien que ya esté legalmente autorizado para actuar como su representante, conforme la ley estatal.
 - Si desea que un amigo, un pariente, su médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Nombramiento de un Representante”. (El formulario también está disponible en el sitio de Internet de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio de Internet en www.BlueMedicareFL.com.) El formulario le da autorización a esa persona para

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desearía que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que actúe en su nombre.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local o de otro servicio de referencia. También existen grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo le brinda información detallada para su situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos distintos de situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y fechas límite diferentes, le brindamos información detallada de cada una de ellas en una sección por separado:

- **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 solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica a estos servicios únicamente:* Atención médica en el hogar, atención en un centro de cuidados médicos especializados y servicios de una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información por parte de organizaciones gubernamentales, tales como su SHIP. (La Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto contiene los números de teléfono para este programa).

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



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar con esta sección.

Sección 5.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos el pago de nuestra parte del costo de su atención
--------------------	---

Esta sección trata sus beneficios para atención y cuidados médicos. Estos beneficios están descritos en el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*. Para hacer las cosas más simples, por lo general, hacemos referencia a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir, cada vez que aparece, “atención o tratamiento o servicios médicos”.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No está recibiendo determinada atención médica que usted desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que su médico u otro proveedor médico quieren que reciba, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan.
3. Ha recibido atención o servicios médicos que usted cree que deberían estar cubiertos por el plan, pero nos hemos negado a pagar por esta atención.
4. Ha recibido atención o servicios médicos que usted cree que deberían estar cubiertos por el plan y ha pagado por ellos, y desea solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención.
5. Se le ha informado que se reducirá o se interrumpirá la cobertura de determinada atención médica previamente aprobada que ha estado recibiendo y usted considera que la reducción o la interrupción de esta atención podrían afectar su salud.

NOTA: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención en el hospital, atención médica en el hogar, atención en un centro de cuidados médicos especializados o servicios en una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés), debe leer una sección separada de este capítulo porque se aplican normas especiales a estos tipos de atención. A continuación, se indica qué secciones debe leer en esas situaciones:

- Capítulo 9, Sección 7: *Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto.*
- Capítulo 9, Sección 8: *Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto.* Esta sección se refiere solo a tres servicios: atención médica en el hogar, atención en un centro de cuidados médicos especializados y servicios de una

Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).

Para *todas las demás* situaciones que implican que se le informe la interrupción de la atención médica que ha estado recibiendo, use esta sección (Sección 5) como guía para saber qué debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones está usted?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Quiere saber si cubriremos la atención médica o los servicios que usted desea?	Nos puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura para usted. Continúe a la siguiente sección de este capítulo, Sección 5.2 .
¿Le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico como usted desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que desea que reconsideremos esta decisión). Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Quiere solicitar que le reintegremos un pago por atención médica o servicios que usted ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitar que nuestro plan autorice o brinde la cobertura de atención médica que usted desea)

Términos Legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Puede solicitar que nuestro plan tome una decisión de cobertura sobre la atención médica que usted está solicitando. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos que tomemos una “**decisión de cobertura rápida**”.

Términos Legales

Una “decisión de cobertura rápida”, en ocasiones, se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura de la atención médica que desea

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentarnos su solicitud, a fin de autorizar o proporcionar cobertura por la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer lo siguiente.
- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre su atención médica*.

Por lo general, usamos las fechas límite estándar para informarle nuestra decisión

Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límites “estándar”, a menos que hayamos aceptado usar las fechas límites “rápidas”. **Una decisión estándar significa que le responderemos en el término de 14 días** después de recibir su solicitud.

- **Sin embargo, nos puede tomar hasta 14 días calendario más** si solicita tiempo adicional o si necesitamos más información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que pueda beneficiarlo. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si usted presenta una queja rápida, responderemos su queja en el término de 24 horas. (El proceso de presentación de una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

- Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en el término de 72 horas.
 - **Sin embargo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta alguna información que puede beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para enviarnos información para revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

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

- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita cobertura de atención médica *que aún no ha recibido*. (Usted no puede obtener una decisión de cobertura rápida si su solicitud se relaciona con el pago de atención médica que ya ha recibido).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* utilizando las fechas límite estándar *puede poner en gran peligro su salud o su habilidad de desempeño*.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente, aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos de una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de rechazo (y, en su lugar, usaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta le indicará que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente daremos una decisión de cobertura rápida.
 - La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y nosotros le respondemos.

Fechas límites para una “decisión rápida de cobertura”

- Por lo general, para una decisión de cobertura rápida, le responderemos **en el término de 72 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más en determinadas circunstancias. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si usted presenta una queja rápida, responderemos su queja en el término de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le respondemos en el término de 72 horas (o si existe un plazo extendido al final de ese plazo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante le indica cómo presentar una apelación.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura de atención médica que hemos aceptado brindar, en el término de las 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendiéramos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, le brindaremos la cobertura al final del plazo extendido.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo.

Fechas límite para una “decisión de cobertura estándar”

- Por lo general, para una decisión estándar, le responderemos **en el término de 14 días a partir de la recepción de su solicitud.**
 - En determinadas circunstancias, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más (“un plazo extendido”). Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si usted presenta una queja rápida, responderemos su queja en el término de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le respondemos en un plazo de 14 días calendario (o si existe un periodo extendido al final de ese periodo), usted tiene derecho a apelar. La Sección 5.3 más adelante le indica cómo presentar una apelación.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos aceptado brindar, en el término de 14 días posteriores a la recepción de su solicitud. Si extendiéramos el plazo necesario para tomar nuestra decisión de cobertura, le brindaremos la cobertura al final del plazo extendido.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitar que reconsideremos (y, quizás, cambiemos) esta decisión presentando una apelación. La presentación de una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que usted desea.

- Si decide presentar una apelación, esto significa que usted pasa al Nivel 1 del proceso de apelaciones (consulte la Sección 5.3 más adelante).

Sección 5.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura de atención médica que tomó nuestro plan)
--------------------	--

Términos Legales

Una apelación al plan en relación con una decisión de cobertura de atención médica se denomina “reconsideración” del plan.

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una **“apelación rápida”**.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nuestro plan.** Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros por cualquier fin relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*
- **Si solicita una apelación estándar, haga su apelación estándar por escrito presentando una solicitud.**
 - Si le pide a otra persona -que no sea su médico- que apele nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de Nombramiento de un Representante autorizando a esta persona para representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicios para miembros (los números telefónicos están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Nombramiento de un representante”. (El formulario también está disponible en el sitio de Internet de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio de Internet en www.BlueMedicareFL.com. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo de 44 días después de recibir su solicitud de apelación, (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será descartada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito explicando su derecho a preguntar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si pide una apelación rápida, haga su apelación por escrito o llámenos** al teléfono que aparece en la sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo contactarnos cuando hace una apelación sobre nuestra atención médica*).
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 60 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para responder su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un motivo válido que lo justifica, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buenas causas por no cumplir con la fecha límite pueden incluir que usted haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - Tiene el derecho de pedirnos una copia de la información acerca de su apelación.
 - Si desea, usted y su médico pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida” (puede presentar su solicitud por teléfono)

Términos Legales
Una “apelación rápida” también se denomina “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión que nosotros tomamos sobre una cobertura de atención médica que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos y los procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que aquellos para obtener una “decisión de cobertura rápida”. Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones para solicitar una decisión de cobertura rápida. (Estas instrucciones se proporcionaron anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su salud requiere una “apelación rápida”, presentaremos una apelación rápida.

Paso 2: Nosotros consideramos su apelación y le respondemos.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Reuniremos más información, en caso de ser necesario. Nos pondremos en contacto con usted o con su médico para obtener más información.

Fechas límites para una “apelación rápida”

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos contestarle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si no le respondemos en el término de 72 horas (o al final del plazo extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos aceptado brindar, en el término de 72 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o una parte de lo que solicitó,** le enviaremos un aviso por escrito de negación, informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para procesar una apelación nivel 2.

Fechas límites para una "apelación estándar"

- Si usamos las fechas límites estándares, debemos responderle **en el término de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación si su apelación está relacionada con la cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le informaremos antes nuestra decisión si su condición de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, podemos **tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.** Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” en relación con nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si usted presenta una queja rápida, responderemos su queja en el término de 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - Si no le respondemos para la fecha límite antes mencionada (o al final del plazo extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar su solicitud automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos

información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos aceptado brindar, en el término de 30 días posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o una parte de lo que solicitó,** le enviaremos un aviso por escrito de negación, informándole que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para procesar una apelación nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza la totalidad o parte de su apelación, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- **A fin de garantizar que hayamos cumplido con todas las normas cuando rechazamos su apelación,** debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”. Cuando hacemos esto, su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo hacer una Apelación Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa nuestra decisión sobre su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos Legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para llevar a cabo la tarea que tiene como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización la información acerca de su apelación. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene el derecho de pedirnos una copia del archivo de su caso.**

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

- Tiene derecho a brindar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación
- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Si tuvo una apelación rápida contra nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La organización de revisión le debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en el término de 72 horas después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarle, **esto puede tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.**

Si tuvo una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Si tuvo una apelación estándar contra nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2. La organización de revisión le debe dar una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el término de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarle, **esto puede tomarnos hasta 14 días calendario adicionales.**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le responde.

La Organización de Revisión Independiente le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la avalan.

- **Si la organización revisora responde afirmativamente a todo o una parte de lo que solicitó**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas, u ofrecer el servicio dentro de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización para las solicitudes estándar o dentro de las 72 horas siguientes a la fecha en la que el plan reciba la decisión de la organización revisora de solicitudes aceleradas.
- **Si esta organización rechaza su apelación en su totalidad o en parte**, significa que dicha organización está de acuerdo con nosotros respecto de que no debería aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación en Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en

el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de Nivel 2 es definitiva. El aviso por escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará cómo determinar la cantidad en dólares para continuar el proceso de apelación.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. La información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación escrita que recibió después de su Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?
--------------------	--

Si desea solicitarnos un pago por atención médica, comience leyendo el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*. El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales usted puede solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos solicita el pago.

Solicitar reembolso es solicitar una decisión de cobertura de parte de nosotros.

Al enviarnos la documentación mediante la cual se nos solicita el reembolso, usted nos solicita que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información sobre decisiones de cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). A fin de tomar esta decisión de cobertura, verificaremos si la atención médica por la que usted pagó es un cuidado médico que está cubierto (consulte el Capítulo 4: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*). También verificaremos si cumplió todas las normas para el uso de la cobertura de atención médica (estas normas se brindan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en el término de 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. O, si no ha pagado por los

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

servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor. El envío del pago equivale a la *aceptación* de su solicitud de una decisión de cobertura).

- Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que le informará que no pagaremos por los servicios y especificará las razones de nuestra decisión en detalle. (El rechazo de su pedido de pago equivale a la *negación* de su solicitud de una decisión de cobertura).

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. La presentación de una apelación significa que usted 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 apelaciones que describimos en la sección 5.3. Consulte esta sección para conocer las instrucciones paso a paso. Cuando siga estas instrucciones, **tenga en cuenta que:**

- Si usted presenta una apelación para obtener un reembolso, debemos responderle en el término de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. (Si solicita que le reintegremos un pago por atención médica que usted ya ha recibido y por la que usted mismo pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en el término de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que usted solicitó a usted o al proveedor en el término de 60 días calendario.

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



¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (*Guía sobre “los fundamentos” de las decisiones de cobertura y las apelaciones*)? De no ser así, le recomendamos que la lea antes de comenzar con esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D.
--------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte la *Lista de medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*. Para cumplir con los requisitos de cobertura, su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. (Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que es ya sea aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o apoyado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

- **Esta sección trata únicamente sus medicamentos de la Parte D.** Para hacer las cosas más simples, generalmente, usamos la palabra "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir, cada vez que aparece, "medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Para obtener información detallada sobre lo que significan las medicamentos de la Parte D, la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*, las normas y restricciones en cuanto a cobertura y la información de costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos respecto de sus beneficios y de su cobertura, o respecto de la cantidad que pagaremos por sus medicamentos.

Términos Legales

Una decisión de cobertura inicial acerca de sus medicamentos de la Parte D es llamada una " determinación de cobertura ".
--

A continuación se incluyen ejemplos de decisiones de cobertura que usted nos solicitó tomar respecto de sus medicamentos de la Parte D.

- Nos solicita que hagamos una excepción, que incluye:
 - Pidiéndonos que cubramos un medicamento de la *Parte D* que no está en *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan*

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solicitarnos que eliminemos una restricción de cobertura de un medicamento del plan (por ejemplo, límites en la cantidad del medicamento que puede obtener)
- Solicitarnos pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto
- Nos pregunta si tiene un medicamento cubierto y si usted cumple con alguna norma de cobertura aplicable. (Por ejemplo, cuando su medicamento forma parte de la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan, pero le exigimos que obtenga nuestra aprobación antes de que cubramos este medicamento).
 - **Tenga en cuenta que:** Si su farmacia le informa que no puede obtener su medicamento recetado como está escrito, recibirá un aviso escrito que le explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.
- Usted nos solicita que paguemos por un medicamento recetado que ya compró. Esta es una solicitud de decisión de cobertura acerca de pago.

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

Esta sección brinda información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura y sobre cómo solicitar una apelación. Use la siguiente tabla que lo ayudará a determinar qué parte tiene información aplicable a su situación:

¿En cuál de estas situaciones está usted?

<p>¿Necesita un medicamento que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que eliminemos una norma o restricción sobre un medicamento cubierto?</p>	<p>¿Desea que cubramos un medicamento incluido en nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple con todas las normas o restricciones (como obtener una aprobación anticipada) para el medicamento que necesita?</p>	<p>¿Quiere solicitar que nuestro plan le reintegre un pago por un medicamento que usted ya recibió y pagó?</p>	<p>¿Ya le hemos avisado que no cubriremos ni pagaremos por un medicamento de la manera que usted quiere que sea cubierto o pagado?</p>
<p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Comience en la Sección 6.2 de este capítulo.</p>	<p>Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>Puede solicitarnos que hagamos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). Pase a la Sección 6.4 de este capítulo.</p>	<p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que desea que reconsideremos esta decisión). Pase a la Sección 6.5 de este capítulo.</p>

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto de la manera que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. De manera similar a otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Cuando solicita una excepción, su médico u otro emisor de recetas deberán explicar las razones médicas por las que usted necesita la aprobación de la excepción. Luego, consideraremos su solicitud. A continuación se incluyen tres ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona autorizada para extender recetas pueden solicitarnos:

- 1. La cobertura de un medicamento de la Parte D que no forma parte de nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*.** (La denominamos “Lista de medicamentos”, para abreviar).

Términos Legales

Solicitar cobertura de un medicamento que no forma parte de la Lista de Medicamentos, en ocasiones, se denomina solicitar una “excepción de la lista de medicamentos cubiertos” .
--

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no forma parte de la Lista de Medicamentos, deberá pagar la cantidad de costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 Medicamentos de Marca No Preferidos. No puede solicitar una excepción respecto de la cantidad de copago o coaseguro que le solicitamos que pague por el medicamento.

- 2. Cómo eliminar una restricción de nuestra cobertura de un medicamento cubierto.** Existen normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos en nuestra *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (para obtener más información, consulte el Capítulo 5).

Términos Legales

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento, en ocasiones, se denomina solicitar una “excepción de formulario” .
--

- Las normas y restricciones adicionales de cobertura de determinados medicamentos incluyen:
 - *Estar obligado a usar la versión genérico* de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan por adelantado* antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (Esto, en ocasiones, se denomina “autorización previa”).
 - *Estar obligado a probar primero otro medicamento*, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que está solicitando. (Esto, en ocasiones, se denomina “terapia escalonada”).
 - *Límites de cantidad* Para algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que puede recibir.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción en la cantidad de copago o coaseguro que le solicitamos que pague por el medicamento.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.

Todas las medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más bajo es el número del nivel de costo compartido, más baja será la parte del costo del medicamento que pagará usted.

Términos Legales

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto, en ocasiones, se denomina solicitar una “excepción de nivel”.

- No puede solicitarnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento en el Nivel 5: Medicamentos especializados.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber acerca de cómo solicitar excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otra persona autorizada para extender recetas deben proporcionarnos una declaración que explique las razones médicas por las que se solicita una excepción. Para una decisión más rápida, cuando solicita la excepción, incluya esta información médica proporcionada por su médico u otra persona autorizada para extender recetas.

Normalmente, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativas”. Si un medicamento alternativo resulta igual de efectivo que el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas médicos, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles inferiores de costos compartidos no funcionen bien para usted.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación, por lo general, es válida hasta el fin del año del plan. Esto se aplica, siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que dicha medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su condición.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Puede solicitar que tomemos una decisión de cobertura acerca de la(s) medicamento(s) o el pago que necesite. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitarnos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita el reintegro del pago de un medicamento que ya ha comprado.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desee.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para presentar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otra persona autorizada para extender recetas) pueden hacerlo. También puede tener acceso al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio de Internet. Para obtener información detallada consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección denominada (*Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*) O bien, si está solicitándonos que le reintegremos el pago de un medicamento, consulte la sección denominada *Dónde enviar una solicitud que requiere que paguemos nuestra parte del costo de atención médica o de un medicamento que usted haya recibido.*
- **Usted o su médico, u otra persona que actúe en su nombre,** pueden solicitar una decisión de cobertura. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre.
- **Si desea pedirnos que le devolvamos el dinero de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos.* El Capítulo 7 describe las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso. También indica cómo enviarnos la documentación mediante la cual se nos solicita que reintegremos el pago de nuestra parte del costo de un medicamento por la que usted haya pagado.
- **Si solicita una excepción, proporcione la “declaración del médico”.** Su médico u otra persona autorizada para extender recetas deben brindarnos las razones médicas de la excepción del medicamento que está solicitando. (La denominamos “declaración de respaldo”). Su médico u otra persona autorizada para extender recetas pueden enviarnos por fax o por correo la declaración. O bien, su médico u otra persona autorizada para

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

extender recetas pueden informarnos al respecto por teléfono y, luego, enviarnos por fax o por correo una declaración escrita si es necesario. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre solicitudes de excepción.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluyendo una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio de Internet.

Términos Legales
Una “decisión de cobertura rápida”, en ocasiones, se denomina “ determinación de cobertura acelerada ”.

Si su salud así lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

- Cuando le informemos nuestra decisión, usaremos las fechas límites “estándar”, a menos que hayamos aceptado usar las fechas límites “rápidas”. Una decisión estándar significa que le responderemos en el término de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Una decisión de cobertura rápida significa que le responderemos en el término de 24 horas después de recibir la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si solicita un medicamento *que aún no ha recibido*. (Usted no puede solicitar una decisión de cobertura rápida si nos solicita el reintegro del pago de un medicamento que ya ha comprado).
 - Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* utilizando las fechas límite estándar *puede poner en gran peligro su salud o su habilidad de desempeño*.
- **Si su médico u otra persona autorizada para extender recetas nos informa que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos, automáticamente, tomar una decisión de cobertura rápida.**
- Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otra persona autorizada para extender recetas), nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.
 - Si decidimos que su afección médica no cumple con los requisitos de una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta de rechazo (y, en su lugar, usaremos las fechas límite estándar).
 - Esta carta le dirá que si su médico o la persona que receta le pide una decisión de cobertura rápida, automáticamente daremos una decisión de cobertura rápida

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

- La carta también le indicará cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomar una decisión estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Le indica cómo presentar una “queja rápida”, lo que significa que recibiría nuestra respuesta a su queja en un plazo de 24 horas después de haber recibido su queja. (El proceso de presentación de una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre el proceso de presentación de quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Nosotros consideramos su solicitud y le respondemos.

Fechas límites para una “decisión rápida de cobertura”

- Si usamos las fechas límite rápidas, debemos responderle **en el término de 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa en el término de 24 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos en el término de 24 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel de Apelación 2.
- **Si respondemos afirmativamente a todo o parte de lo que solicitó**, debemos ofrecer la cobertura que hemos acordado en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o declaración de su médico que respalda su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una “decisión de cobertura estándar” sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos las fechas límite estándar, debemos responderle **en el término de 72 horas**.
 - Por lo general, esto significa en el término de 72 horas después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos en el término de 72 horas después de recibir la declaración de su médico que respalda su solicitud. Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel de Apelación 2.

- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó:**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura que hemos aceptado brindar en el término de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos responderle **en el término de 14 días calendario** después de haber recibido su petición.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel de Apelación 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a la totalidad o parte de lo que solicitó**, también estamos obligados a hacerle un pago en un plazo de 14 días naturales después de recibir su solicitud.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos — y, posiblemente, cambiemos — la decisión que tomamos.

Sección 6.5	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)
--------------------	---

Términos Legales

Una apelación ante el plan sobre una decisión de cobertura de medicamento de la Parte D se denomina “redeterminación” del plan.
--

Paso 1: Se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta inmediata, debe solicitar una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante o su médico u otra persona autorizada para extender recetas) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener información de cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo o a través de nuestro sitio de Internet, para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y consulte la sección llamada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*
- **Si solicita una apelación estándar, haga su apelación presentando una petición por escrito.** Usted puede pedir una apelación llamándonos al número mostrado en el Capítulo 2, Sección 1 (*Cómo contactarnos cuando hace una apelación acerca de sus medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Si solicita una apelación rápida, puede presentar su apelación por escrito o llámenos al teléfono que aparece en el Capítulo 2, Sección 1** (*Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D.*)
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluyendo una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio de Internet.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el término de 60 días calendario** desde la fecha de la notificación escrita que enviamos para responder su solicitud de decisión de cobertura. Si no cumple con esta fecha límite y tiene un motivo válido que lo justifica, podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de buenas causas por no cumplir con la fecha límite pueden incluir que usted haya tenido una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o que le hayamos proporcionado información incorrecta o incompleta acerca de la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que hay en su apelación y agregar más información.**
 - Tiene el derecho de pedirnos una copia de la información acerca de su apelación.
 - Si desea, usted y su médico u otro emisor de recetas pueden darnos información adicional para apoyar su apelación.

Términos Legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación acelerada”.

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

Si su salud así lo requiere, solicite una “apelación rápida”.

- Si apela una decisión que nosotros hemos tomado sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro emisor de recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, y aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Nosotros consideramos su apelación y le respondemos.

- Cuando revisemos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Nos pondremos en contacto con usted o con su médico u otro emisor de recetas para obtener más información.

Fechas límites para una “apelación rápida”

- Si estamos usando las fechas límite rápidas, debemos contestarle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le responderemos antes si su salud así lo requiere.
 - Si no le respondemos en el término de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó, debemos brindar la cobertura que hemos aceptado brindar, en el término de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó,** le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una “apelación estándar”

- Si estamos usando las fechas límites estándares, debemos contestarle **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su afección médica así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, debe solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le informamos una decisión en el término de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, brindaremos información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

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

- **Si en nuestra respuesta aceptamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó:**
 - Si aprobamos una solicitud de cobertura, debemos **brindar la cobertura** que hemos aceptado brindar lo más rápido que su salud lo requiera, pero **no más de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reintegrarle el pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** después de recibir su solicitud de apelación.
- **Si en nuestra respuesta rechazamos la totalidad o parte de lo que usted solicitó**, le enviaremos una declaración escrita que explique las razones de dicho rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o continúa con el proceso y presenta otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, esto significa que usted pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones (vea más adelante).

Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación, usted decide si acepta esta decisión o continúa con el proceso y presenta otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que nosotros tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos Legales

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “**Entidad de Revisión Independiente**”. En ocasiones, se denomina “**IRE**”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada para expedir recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su Apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Estas instrucciones indicarán quién puede presentar esta Apelación de Nivel 2, qué fechas límite debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Cuando presente una apelación a la Organización de Revisión Independiente, le enviaremos a esta organización la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina “archivo del caso”. **Tiene el derecho de pedirnos una copia del archivo de su caso.**
- Tiene derecho a brindar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una revisión de su apelación y le responde.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones sobre sus beneficios con nosotros de la Parte D.
- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y explicará las razones que la avalan.

Fechas límites para una “apelación rápida” de Nivel 2.

- Si su salud lo exige, pida a la Organización de Revisión Independiente que tramiten una "apelación rápida".
- Si la organización acepta darle una "apelación rápida", ésta debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un periodo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos ofrecer la cobertura de medicamentos que fue aprobada por la organización de revisiones **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización.

Fechas límites para una “apelación estándar” de Nivel 2.

- Si tiene una apelación estándar en Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en el término de 7 días calendario** después que reciba su apelación.
 - **Si la Organización de Revisión Independiente acepta una parte o la totalidad de lo que ha solicitado:**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos **ofrecer la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por la organización **en un plazo de 72 horas** después de que hayamos recibido la decisión de la organización de revisiones.
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reintegrarle el pago de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el**

pago en un plazo de 30 días calendario después de recibir la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice sí a su apelación?

Si esta organización rechaza su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se denomina “mantener la decisión”. También se denomina “rechazar su apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene la decisión”, usted tiene derecho a una apelación en Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita debe cumplir con una cantidad mínima determinada. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva. El aviso escrito que recibe de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con el requisito, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y usted cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, la información detallada sobre cómo hacerlo se encuentra en la notificación escrita que recibió después de su segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo internan en un hospital, usted tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que están cubiertos y son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para su atención en el hospital, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Durante su hospitalización, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted, a fin de prepararlo para el día en que salga del hospital. También ayudarán a coordinar la atención que usted pueda necesitar después de salir del hospital.

- El día en que usted sale del hospital se denomina su “**fecha de alta**”.
- Cuando se haya decidido su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo informarán.
- Si usted cree que le están pidiendo que salga del hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada, y su solicitud será considerada. Esta sección le brinda información sobre cómo presentar su solicitud.

Sección 7.1	Durante su hospitalización, usted recibirá una notificación escrita de Medicare, que le brindará información sobre sus derechos
--------------------	--

Durante su hospitalización cubierta, se le entregará una notificación escrita denominada *Mensaje Importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare obtienen una copia de esta notificación cada vez que las internan en un hospital. Alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente de casos o enfermera) se la debe entregar en el término de dos días después de que lo internen. Si no recibe la notificación, pregunte por ella a cualquiera del personal del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea atentamente esta notificación y haga preguntas si no la comprende.** Le brinda información sobre sus derechos como paciente del hospital, que incluyen:
 - Su derecho a recibir cuidados médicos que están cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización y a saber quién pagará por ella.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga acerca de la calidad de su atención en el hospital.

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

- Su derecho a apelar la decisión de su alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto.

Términos Legales

La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede **“solicitar una revisión inmediata”**. Solicitar una revisión inmediata es una manera legal y formal de solicitar que se retrase su fecha de alta, de modo que cubramos su atención en el hospital durante más tiempo. (La Sección 7.2 más adelante le indica cómo solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar la notificación escrita, a fin de demostrar que la ha recibido y que comprende sus derechos.

- Usted o una persona que actúe en su nombre deben firmar la notificación. (La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).
- La firma de la notificación muestra *únicamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no le informa su fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). La firma de la notificación **no** significa que usted acepta una fecha de alta.

3. Conserve su copia de la notificación escrita para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud acerca de la calidad de la atención) en caso de que la necesite.

- Si firma la notificación más de dos días antes de salir del hospital, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para obtener un modelo, llame a Servicios para miembros (los números están impresos en la última página de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultar por Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 7.2

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitar que sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados estén cubiertos por nosotros durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son sus fechas límite.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Siga el proceso.** Más adelante se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir las fechas límite que se aplican a lo que debe hacer.
- **Solicite ayuda en caso de ser necesario.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una “revisión rápida” de su alta hospitalaria. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Esta organización es financiada por Medicare para evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió (*Mensaje Importante de Medicare acerca de sus Derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para hacer su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a **antes** de que salga del hospital **y antes de su fecha programada de alta.** (Su “fecha de alta planificada” es la fecha que se ha establecido para que usted salga del hospital).
 - Si cumple esta fecha límite, tiene permitido mantener en el hospital *después* de la fecha que le den de alta *sin pagar por la hospitalización*, mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respecto de su apelación.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si usted *no* cumple esta fecha límite y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planeada, *es posible que deba pagar todos los costos* por la atención recibida en el hospital después de su fecha de alta planeada.
- Si no respeta la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad por su apelación, en su lugar, puede presentar su apelación directamente a nuestro plan. Para obtener información detallada sobre esta forma alternativa de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una **“revisión rápida”** de su alta. Solicitar una “revisión rápida” significa que está solicitando a la organización que use las fechas límite “rápidas” para una apelación, en lugar de usar las fechas límite estándar.

Términos Legales
Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión acelerada” .

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los revisores”, en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.

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

- Al mediodía del día siguiente a la fecha en que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, también recibirá una notificación por escrito que le indicará su fecha planeada de alta y le explicará las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Términos Legales

Esta explicación escrita se denomina la “**Notificación Detallada de Alta Hospitalaria**”. Usted puede obtener un modelo de esta notificación llamando a Servicios para miembros (los números telefónicos se encuentran impresos en la contraportada de este folleto) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O vea una notificación de muestra en Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso 3: En el término de un día completo después de que reciba toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le responderá en relación con su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **nosotros deberemos seguir proporcionándole servicios de internación hospitalaria que están cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que su fecha de alta planeada es médicamente apropiada. Si sucede esto, **la cobertura para servicios hospitalarios para pacientes internos terminará** al medio día del día *después* que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responde a su apelación.
- Si la organización de revisiones dice *no* a su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le brinde su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, 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 planeada, puede presentar otra

apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria
--------------------	--

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 planeada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. En una Apelación de Nivel 2, usted solicita que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelva a analizar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, puede tener que pagar el costo completo por su estancia después de su fecha de alta planificada.

A continuación, se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Debe comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el término 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 usted permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad debe hacer una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de 14 días calendario de haber recibido su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informará.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Nosotros debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención en el hospital que ha recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Nosotros debemos continuar proporcionando cobertura para su atención en el hospital durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiará. Esto se denomina “mantener la decisión”.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea seguir apelando y pasar al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En cambio, puede presentarnos una apelación

Como se explicó anteriormente en la Sección 7.2, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su primera apelación de su alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de que salga del hospital y, a más tardar, en su fecha de alta planeada). Si no respeta la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación.

Si pone en práctica esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una *Apelación Alternativa* de Nivel 1

Si vence la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

Términos Legales

Una "revisión rápida" (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta usando las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándar”.

Paso 2: Nosotros llevamos a cabo una “revisión rápida” de su fecha de alta planeada y verificamos si era médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha de alta planeada era médicamente apropiada. Verificaremos si la decisión acerca de cuándo debía salir del hospital fue justa y si se cumplieron todas las normas.
- En esta situación, utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para responderle en relación con esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en el término de 72 horas después de que solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que hemos aceptado que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha de alta y que continuaremos proporcionándole los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** esto significa que su fecha de alta planeada era médicamente apropiada. Nuestra cobertura para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza en la fecha que le habíamos informado que finalizaría dicha cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después de* la fecha de alta estipulada, es **posible que tenga que pagar el costo completo** de la atención en el hospital que recibió después de esa fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de garantizar que hayamos cumplido con todas las normas cuando rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación *Alternativa* de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos Legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones, se denomina “ TRE ”.

Paso 1: Remitiremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el término de 24 horas a partir del momento en que le informamos que estamos rechazando su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responden en el término de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para llevar a cabo la tarea que tiene como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** nosotros debemos reembolsarle (reintegrarle) nuestra parte de los costos de la atención en el hospital que ha recibido desde su fecha de alta estipulada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que dicha organización está de acuerdo con nosotros respecto de que su fecha de alta hospitalaria estipulada era médicamente apropiada.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La notificación que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3, que es manejada por un juez.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted decide aceptar su decisión o pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	Esta sección se refiere solo a tres servicios: Atención médica en el hogar, atención en un centro de cuidados médicos especializados y servicios de una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).
--------------------	---

Esta sección es acerca de los siguientes tipos de atención *únicamente*:

- **Servicios de atención médica en el hogar** que está recibiendo.
- **Atención en un centro de cuidados médicos especializados** que está recibiendo como paciente en un centro de cuidados médicos especializados. (A fin de conocer los requisitos para ser considerado un “centro de cuidados médicos especializados”, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que está recibiendo como paciente ambulatorio en una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobada por Medicare. Por lo general, esto significa que está recibiendo tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de instalación, consulte el Capítulo 12, *Definiciones de palabras importantes*).

Cuando está recibiendo alguno de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo sus cuidados médicos que están cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesaria la atención para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

información sobre sus cuidados médicos cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier limitación en la cobertura que se aplique, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)*.

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención, debemos informárselo con anticipación. Cuando finalice la cobertura para dicha atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo por su atención*.

Si considera que estamos finalizando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le brinda información sobre cómo presentar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

- 1. Recibirá una notificación por escrito.** Recibirá una notificación al menos dos días antes de que nuestro plan detenga la cobertura de su atención.
 - La notificación escrita le informa la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - La notificación escrita también le informa qué puede hacer si desea solicitar a nuestro plan que cambie esta decisión sobre cuándo finalizar su atención y que siga cubriéndola durante más tiempo.

Términos Legales

Al informarle sobre lo que puede hacer, la notificación escrita le informa cómo solicitar una **“apelación por la vía rápida”**. Solicitar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura con respecto a cuándo dejar de cubrir su atención. (La Sección 7,3 más adelante le indica cómo presentar una apelación por la vía rápida).

La notificación escrita se denomina **“Notificación de No Cobertura de Medicare”**. Para obtener un modelo, llame a Servicios para miembros (los números están impresos en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O vea una copia en Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

- 2. Debe firmar una notificación escrita, a fin de demostrar que la ha recibido.**
 - Usted o una persona que actúe en su nombre deben firmar la notificación. (La Sección 4 le indica cómo puede otorgar un permiso escrito a otra persona para que actúe como su representante).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La firma de la notificación muestra *únicamente* que ha recibido la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Su firma no significa que está de acuerdo** con el plan en que es el momento de dejar de recibir la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, debe comprender lo que necesita hacer y cuáles son sus fechas límite.

- **Siga el proceso.** Más adelante se explica cada paso de los primeros dos niveles del proceso de apelaciones.
- **Cumpla con las fechas límite.** Las fechas límite son importantes. Asegúrese de comprender y cumplir las fechas límite que se aplican a lo que debe hacer. También existen fechas límite que nuestro plan debe cumplir. (Si considera que no estamos cumpliendo nuestras fechas límite, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Solicite ayuda en caso de ser necesario.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, llame a Servicios para miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). O llame a su Programa de Asistencia para Seguro Médico Estatal, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si solicita una Apelación de Nivel 1 oportuna, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y decide si cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es una Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- La organización es un grupo de médicos y otros expertos de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Evalúan la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y revisan las decisiones del plan acerca de cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertas clases de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- La notificación escrita que recibió le indica cómo comunicarse con esta organización. (O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

¿Qué debe solicitar?

- Solicite a esta organización que lleve a cabo una “apelación por la vía rápida” (una revisión independiente) para determinar si resulta médicamente apropiado que nosotros finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su fecha límite para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación, *a más tardar al mediodía del día posterior a la fecha en que reciba la notificación escrita que le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención.*
- Si no respeta la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad por su apelación, en su lugar, puede presentar su apelación directamente a nosotros. Para obtener información detallada sobre esta forma alternativa de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los denominaremos “los revisores”, en su forma abreviada) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. Usted no tiene que preparar ningún documento, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le haya proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, también recibirá una notificación por escrito de nosotros que le indicará las razones por las que finalizamos la cobertura para sus servicios.

Términos Legales
Esta explicación mediante notificación se denomina “ Explicación Detallada de No Cobertura ”.

Paso 3: En el término de un día completo después de que reciban toda la información que necesiten, los revisores le informarán la decisión que tomaron.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los auditores *aceptan* su apelación, entonces **nosotros debemos seguir proporcionándole sus servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Deberá seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones a sus servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, entonces **su cobertura finalizará el día que le informemos**. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha señalada en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, o atención en un Centro de Cuidados Médicos Especializados, o servicios de una instalación integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, entonces, **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Esta primera apelación que usted presenta es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su Apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de que su cobertura de la atención haya finalizado, entonces puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un tiempo más prolongado
--------------------	--

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad ha rechazado su apelación, y usted decide seguir recibiendo atención después de que su cobertura de la atención haya finalizado, entonces puede presentar una Apelación de Nivel 2. En una Apelación de Nivel 2, usted solicita que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad vuelva a analizar la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazan su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo completo por su atención médica en el hogar, la atención en un centro de cuidados médicos especializados, o los servicios en una instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura.

A continuación, se describen los pasos para el Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Debe comunicarse nuevamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicitar otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en el término de 60 días** 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 continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad debe hacer una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días de haber recibido su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán sobre su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión acepta su apelación?

- **Le reembolsaremos** nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. **También debemos continuar cubriendo** la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Debe seguir pagando su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza el pedido?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que nosotros tomamos con respecto a su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiará.
- La notificación que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo avanzar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no respeta la fecha límite para presentar su Apelación de Nivel 1?
--------------------	--

En cambio, puede presentarnos una apelación

Como se explicó anteriormente en la Sección 8.3, debe comunicarse rápidamente con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, a fin de iniciar su primera apelación (en el término de uno o dos días, como máximo). Si no respeta la fecha límite para comunicarse con

esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si pone en práctica esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una *Apelación Alternativa de Nivel 1*

Si vence la fecha límite para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarnos una apelación y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación que usa las fechas límite rápidas en lugar de las fechas límite estándar.

A continuación, se describen los pasos para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos Legales
Una "revisión rápida" (o “apelación rápida”) también se denomina “ apelación expedita ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la Sección denominada *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”**. Esto significa que nos solicita que le demos una respuesta usando las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos con respecto a cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando fijamos la fecha de finalización de cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Utilizaremos las fechas límite “rápidas” en lugar de las fechas límite estándar para responderle en relación con esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en el término de 72 horas después de que solicita una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida**, significa que hemos aceptado que necesita seguir recibiendo servicios durante más tiempo y continuaremos brindándole los cuidados médicos cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte del costo de la atención que haya recibido desde la fecha en que informamos que finalizaría su cobertura. (Usted debe pagar su parte del costo, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si rechazamos su apelación rápida, entonces, su cobertura finalizará el día que le indicamos y no pagaremos ningún costo compartido después de esta fecha.
- Si continuó recibiendo atención médica en el hogar, o atención en un centro de cuidados médicos especializados, o servicios de una Instalación Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que informamos que su cobertura finalizaba, entonces **usted deberá pagar el costo completo** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso será enviado automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de garantizar que hayamos cumplido con todas las normas cuando rechazamos su apelación, **debemos enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando hacemos esto, significa que usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso será enviado *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su “apelación rápida”. Esta organización decide si la decisión que tomamos debería cambiarse.

Términos Legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. En ocasiones, se denomina “ IRE ”.

Paso 1: Remitiremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en el término de 24 horas a partir del momento en que le informamos que estamos rechazando su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo con esta u otras fechas límite, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente al proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo indica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le responden en el término de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan ni es una agencia gubernamental. Esta organización es una compañía elegida por Medicare para

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

llevar a cabo la tarea que tiene como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a analizar detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación**, debemos reembolsarle nuestra parte del costo de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura. También debemos continuar cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, podrían limitar la cantidad que le reembolsaríamos o por cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación**, significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
 - La notificación que obtiene de la Organización de Revisión Independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brindará información detallada sobre cómo pasar a una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea seguir apelando.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que equivale a un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede elegir si acepta esa decisión o si pasa al Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez revisa su apelación.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Llevar su apelación al Nivel 3 y a niveles superiores

Sección 9.1 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Apelaciones de Servicios Médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con determinados niveles mínimos, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, la respuesta escrita que reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera bastante similar. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le responderá. Este juez se denomina “Juez de Derecho Administrativo”.

- ***Si el Juez de Derecho Administrativo acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede terminar o no*** - Decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizarle u ofrecerle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con cualquier documento que deba adjuntarse. Podemos esperar la decisión de la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proporcionar el servicio en cuestión.
- ***Si el Juez de Derecho Administrativo rechaza su apelación, el proceso de apelaciones puede terminar o no.***
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare revisará su apelación y le responderá. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- ***Si la respuesta es sí, o si el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de Apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones puede terminar o no*** - Decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos apelar la decisión, debemos autorizarle u ofrecerle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo de Apelaciones.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si la respuesta es negativa o si el Consejo de Apelaciones de Medicare rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones ***puede*** terminar ***o no***.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
- Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten pasar al siguiente nivel, la notificación escrita también le indicará con quién debe comunicarse y qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso administrativo de apelaciones.

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

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento que ha apelado cumple con determinadas cantidades de dólares, usted puede pasar a los niveles de apelación adicionales. Si la cantidad en dólares es menor, no puede presentar más apelaciones. La respuesta escrita que reciba respecto de su Apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera bastante similar. A continuación se describe quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le responderá. Este juez se denomina “Juez de Derecho Administrativo”.

- **Si la respuesta es sí, termina el proceso de apelaciones.** Se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Juez de Derecho Administrativo **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días naturales** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no desea aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones revisará su apelación y le responderá. El Consejo de Apelaciones trabaja para el gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, termina el proceso de apelaciones.** Se ha aprobado lo que usted solicitó en la apelación. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el Consejo de Apelaciones **dentro de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago a más tardar 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede o no terminar.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, termina el proceso de apelaciones.
 - Si no desea aceptar la decisión, es posible que pueda avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo de Apelaciones rechaza su apelación o niega su solicitud para revisar la apelación, la notificación que reciba le indicará si las normas le permiten pasar a la Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten pasar al siguiente nivel, la notificación escrita también le indicará con quién debe comunicarse y qué pasos debe seguir si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

SECCIÓN 10 **Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, la Servicios para miembros u otras inquietudes**



Si su problema tiene que ver con decisiones relacionadas con beneficios, cobertura o pago, esta sección *no se aplica a usted*. En su lugar, debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 **¿Qué tipos de problemas se manejan en el proceso de quejas?**

Esta sección explica cómo usar el proceso de presentación de quejas. El proceso de quejas se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la

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

calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. A continuación se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se manejan en el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención médica que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o que compartió información sobre usted que considera debería ser confidencial?
Falta de respeto, atención inadecuada al cliente, u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien le trató mal o fue irrespetuoso con usted? • ¿Está insatisfecho con el trato que recibió de Servicios para miembros? • ¿Considera que se le está alentando a retirarse del plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene dificultades para obtener una cita, o debe esperar demasiado para una cita? • ¿Ha tenido que esperar demasiado tiempo por médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O por Servicios para miembros u otros integrantes del personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener una receta médica.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de un consultorio médico, clínica u hospital?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cree que no le hemos entregado una notificación que debíamos darle? • ¿Cree que la información escrita que le dimos es difícil de entender?

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad con la que actuamos en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y presentación de una apelación se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si solicita una decisión o presenta una apelación, debe usar ese proceso, no el proceso de quejas. Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra tardanza. Aquí incluimos algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos pide que le brindemos una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", y hemos dicho que no, usted puede hacer un reclamo. • Si cree que no estamos cumpliendo con las fechas límite para tomar una decisión de cobertura o responder una apelación que usted presentó, puede presentar una queja. • Cuando una decisión de cobertura que hemos tomado se revisa y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican fechas límite. Si considera que no estamos cumpliendo nuestras fechas límite, puede presentar una queja. • Cuando no tomamos una decisión a tiempo, debemos remitir su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro de la fecha límite requerida, puede presentar una queja.

Sección 10.2 **La manera formal de decir “presentar una queja” es “iniciar un reclamo”**

Términos Legales

- Lo que en esta sección se conoce como "**queja**" también se llama "**reclamo**".
- Otra forma de decir "**poner una queja**" es "**presentar un reclamo**".
- Otra manera de decir "**utilizar el proceso para quejas**" es "**utilizar el proceso para presentar un reclamo**".

Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros prontamente, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios para miembros es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para miembros le informará al respecto. Llame al 1-800-926-6565 (Los usuarios de TTY deben llamar al: 1-800-955-8773). El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
- **Si no desea llamar (o llamó y no está conforme), puede plantear su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- **Procedimientos e instrucciones que necesita seguir si desea usar el proceso de presentación de quejas:**

Si nos envía su queja por escrito, significa que utilizaremos nuestro procedimiento formal para responder a los reclamos. A continuación se describe cómo funciona este proceso:

Para quejas relacionada con su cobertura de medicamentos recetados:

1. Envíe su queja a una de las direcciones que se indican en la Sección 1 del Capítulo 2. Consulte la sección denominada, *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre sus medicamentos recetados de la Parte D*. Tenemos un Formulario de quejas (reclamación) para que lo use cuando presente una queja formal. No está obligado a usar el formulario, pero le recomendamos que lo haga.
2. Debe presentar todos los reclamos en el término de 60 días después del evento o incidente que dio lugar a su queja. Responderemos a su reclamo, a más tardar, 30 días calendario después de que lo recibamos (antes si su salud así lo requiere). Si necesitamos más información y a usted le conviene que haya una demora o la solicita, podemos tomarnos 14 días más para responderle.
3. Si nuestro plan deniega su solicitud de decisión de cobertura “rápida” o apelación “rápida” de primer nivel sobre atención médica o medicamentos recetados, y usted considera que esperar más pondría en peligro su salud, puede presentar una solicitud de queja “rápida”, ya sea por escrito o por teléfono. Debemos responder a estas solicitudes en el término de 24 horas.

Para quejas relacionadas con su atención médica:

1. Envíe su queja a una de las direcciones que se encuentran en el Capítulo 2, Sección 1. Busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando*

Capítulo 9. Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

presenta una queja acerca de su atención médica. Le entregaremos un Formulario de Reclamo (Queja) para que lo use cuando presenta una queja formal. No está obligado a usar el formulario, pero le recomendamos que lo haga.

2. Debe presentar todos los reclamos en el término de 60 días después del evento o incidente que dio lugar a su queja. Responderemos a su reclamo, a más tardar, 30 días después de que lo recibamos (antes si su salud así lo requiere). Si necesitamos más información y a usted le conviene que haya una demora o la solicita, podemos tomarnos 14 días más para responderle.
3. Si nuestro plan rechaza su solicitud de una decisión de cobertura “rápida” o una apelación “rápida” de primer nivel sobre atención médica o medicamentos recetados, y usted considera que esperar más pondría en peligro su salud, puede presentar una solicitud de queja “rápida”, ya sea por escrito o por teléfono. Debemos responder a estas solicitudes en el término de 24 horas.

Si presenta una queja de manera oral por el teléfono, así es como debe hacerlo:

Para los reclamos relacionados con sus medicamentos recetados de la Parte D o atención médica:

1. Póngase en contacto con Servicios para miembros en el término de 60 días calendario después del evento o incidente que dio lugar a su queja.
 2. Tenga lo siguiente preparado para el representante:
 - Su nombre
 - Su dirección
 - Su tarjeta de Identificación de Asegurado.
 - Una descripción de su queja/reclamo
- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con Servicios para miembros.** La queja debe presentarse en el término de 60 días calendario después de que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.
 - **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida”, le otorgaremos, automáticamente, una “queja rápida”.** Si tiene una “queja rápida”, significa que le responderemos **en el término de 24 horas.**

Términos Legales
Lo que esta sección denomina “ queja rápida ” también se denomina una “ queja acelerada ”.

Paso 2: Analizamos su queja y le respondemos.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica. Si su condición médica nos exige que respondamos rápidamente, lo haremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un término de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y a usted le conviene que haya una demora o solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (un total de 44 días calendario) en responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo con** la totalidad o con parte de su queja, o no asumimos ninguna responsabilidad por el problema sobre el cual se queja, le informaremos al respecto. Nuestra respuesta incluirá nuestras razones para esta respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con la queja o no.

Sección 10.4 También puede presentar quejas acerca de la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Nos puede presentar su queja sobre la calidad de la atención que recibió usando el proceso paso a paso descrito anteriormente.

Cuando su opinión es acerca de *calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Usted puede presentar su queja a la Organización de Mejora de Calidad.** Si prefiere, puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención que recibió directamente a esta organización (*sin* presentarnos la queja a nosotros).
 - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare.
 - Busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja a esta organización, trabajaremos conjuntamente con ella para resolver su queja.
- **O bien puede presentar su queja a ambas al mismo tiempo.** Si desea, nos puede presentar su queja acerca de la calidad de la atención y también a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede comunicarle su queja a Medicare

Puede presentar una queja sobre BlueMedicare Classic directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite

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

<https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma en serio los reclamos y usará dicha información para mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si considera que el plan no está resolviendo su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10

Cómo finalizar su inscripción al plan

Capítulo 10. Cómo finalizar su inscripción al plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	258
Sección 1.1	Este capítulo se refiere a la finalización de su inscripción a nuestro plan ..	258
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su inscripción a nuestro plan?	258
Sección 2.1	Puede finalizar su inscripción durante el Periodo de Inscripción Anual.....	258
Sección 2.2	Puede finalizar su inscripción durante el Periodo Anual de Cancelación de la Inscripción a Medicare Advantage, pero sus opciones serán más limitadas	259
Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su inscripción durante un Período de Inscripción Especial	260
Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción?	261
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su inscripción a nuestro plan?	262
Sección 3.1	Por lo general, usted finaliza su inscripción inscribiéndose en otro plan....	262
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su inscripción, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	263
Sección 4.1	Hasta que finalice su afiliación, usted sigue siendo miembro de nuestro plan	263
SECCIÓN 5	BlueMedicare Classic debe finalizar su inscripción al plan en determinadas situaciones	264
Sección 5.1	¿Cuándo debemos dar de baja su inscripción al plan?	264
Sección 5.2	No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.....	265
Sección 5.3	Si damos de baja su inscripción a nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja.....	265

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se refiere a la finalización de su inscripción a nuestro plan

Finalizar su membresía en BlueMedicare Classic puede ser **voluntario** (su elección) o **involuntario** (no su elección):

- Usted podría retirarse de nuestro plan porque decidió que *desea* hacerlo.
 - Sólo existen algunos periodos del año, o determinadas situaciones, en los que puede finalizar voluntariamente su inscripción al plan. La Sección 2 le indica *cuándo* puede finalizar su inscripción al plan.
 - El proceso para finalizar voluntariamente su inscripción varía según el tipo de la nueva cobertura que elija. La Sección 3 le indica *cómo* finalizar su inscripción en cada situación.
- También existen algunas situaciones limitadas donde usted no decide retirarse del plan, pero nos vemos obligados a finalizar su inscripción. La Sección 5 brinda información sobre situaciones en las que debemos finalizar su inscripción.

Si se retira de nuestro plan, debe seguir obteniendo atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su inscripción.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su inscripción a nuestro plan?

Usted puede finalizar su inscripción a nuestro plan solo durante determinados momentos del año, denominados periodos de inscripción. Todos los miembros tienen la oportunidad de retirarse del plan durante el Periodo de Inscripción Anual y durante el Periodo Anual de Cancelación de la Inscripción a Medicare Advantage. En determinadas situaciones, también puede ser elegible para retirarse del plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Puede finalizar su inscripción durante el Periodo de Inscripción Anual
--

Puede finalizar su inscripción durante el **Periodo de Inscripción Anual** (también denominado “Periodo de Elección Coordinada Anual”). Este es el periodo en que debería revisar su cobertura de salud y medicamentos, y tomar una decisión acerca de su cobertura para el próximo año.

- **¿Cuándo son los Períodos especiales de inscripción?** Esto sucede desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan puede pasarse durante el Periodo de Inscripción Anual?** Puede decidir mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.
 - - *u* - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si da de baja su inscripción a una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía en la Parte D.

- **¿Cuándo finalizará su inscripción?** Su inscripción finalizará cuando la cobertura de su nuevo plan comience el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede finalizar su inscripción durante el Periodo Anual de Cancelación de la Inscripción a Medicare Advantage, pero sus opciones serán más limitadas
--------------------	---

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio a su cobertura de salud durante el **Periodo Anual de Cancelación de la Inscripción a Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el Periodo Anual de Cancelación de la Inscripción a Medicare Advantage?** Cada año del 1 de enero al 14 de febrero.
- **¿A qué tipo de plan puede pasarse durante el Periodo Anual de Cancelación de la Inscripción a Medicare Advantage?** Durante este periodo, puede cancelar su inscripción a un Plan Medicare Advantage y pasarse a Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este periodo, tiene hasta el 14 de febrero para inscribirse a un plan separado de medicamentos recetados de Medicare para agregar la cobertura de medicamentos.

- **¿Cuándo finalizará su inscripción?** Su inscripción finalizará el primer día del mes posterior a que obtengamos su solicitud de transferencia a Original Medicare. Si también decide inscribirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare, su inscripción en el plan de medicamentos empezará el primer día del mes después de que el plan recibe su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede finalizar su inscripción durante un Período de Inscripción Especial
--------------------	---

En determinadas situaciones, los miembros de BlueMedicare Classic pueden ser elegibles para finalizar su inscripción en otros momentos del año. Esto se denomina **Periodo de Inscripción Especial**.

- **¿Quién es elegible para un Periodo de Inscripción Especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted, es elegible para finalizar su inscripción durante un Periodo de Inscripción Especial. Estos son solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Por lo general, si se ha mudado.
 - Si tiene Medicaid.
 - Si es elegible para recibir "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos recetados de Medicare.
 - Si violamos nuestro contrato con usted.
 - Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados médicos no especializados o un hospital de atención a largo plazo.
 - Si se inscribe en el Programa de Cuidado de la Salud Todo Incluido para Adultos Mayores (PACE, por sus siglas en inglés).
- **¿Cuándo son los Períodos de inscripción especiales?** Los periodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para averiguar si es elegible para un Periodo de Inscripción Especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para finalizar su inscripción debido a una situación especial, puede decidir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Usted puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no cubra medicamentos recetados).
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.

- - *u* - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos recetados de Medicare.
 - **Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan separado de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si da de baja su inscripción a una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía en la Parte D.

- **¿Cuándo finalizará su inscripción?** Por lo general, su inscripción finalizará el primer día del mes posterior a que recibamos su solicitud de cambio de su plan.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su inscripción:

- Puede llamarnos a Servicios para miembros (los teléfonos están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el Manual *Medicare y Usted 2018*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* cada otoño. Las personas que recién ingresan en Medicare la reciben en el término de un mes después de suscribirse.
 - También puede descargar una copia a través del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien puede solicitar una copia impresa llamando a Medicare, al número que aparece a continuación.
- Puede comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede finalizar su inscripción a nuestro plan?

Sección 3.1 Por lo general, usted finaliza su inscripción inscribiéndose en otro plan

Por lo general, para finalizar su inscripción a nuestro plan, simplemente se inscribe en otro plan de Medicare durante uno de los periodos de inscripción (consulte la Sección 2 para obtener información sobre los periodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe solicitar que se dé de baja su inscripción de nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la cancelación de su inscripción:

- Nos puede hacer una solicitud por escrito. Comuníquese a Servicios para miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).
- --o--Se puede comunicar con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Nota: Si da de baja su inscripción a una cobertura de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados por 63 días consecutivos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si más adelante se afilia a un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, tanto como lo que ofrece la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía en la Parte D.

La tabla que aparece a continuación explica cómo debe finalizar su inscripción a nuestro plan.

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	Inscríbese al nuevo plan de salud de Medicare. Su inscripción a BlueMedicare Classic se dará de baja, automáticamente, cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.	Inscríbese al nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su inscripción a BlueMedicare Classic se dará de baja, automáticamente, cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Si desea pasarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debería hacer:
<p>Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare independiente.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Nota: Si da de baja su inscripción a un plan de medicamentos recetados de Medicare y carece de cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. Consulte el Capítulo 1, Sección 5 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía en la Parte D.	<p>Envíenos una solicitud escrita para dar de baja a su inscripción. Comuníquese a Servicios para miembros si necesita obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono se encuentran en la contraportada de este folleto).</p> <p>Puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se dé de baja su inscripción. Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Su afiliación a BlueMedicare Classic se dará de baja cuando comience su cobertura en Medicare Original.</p>

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su inscripción, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta que finalice su afiliación, usted sigue siendo miembro de nuestro plan
--

Si se retira de BlueMedicare Classic, puede transcurrir un tiempo antes de que finalice su inscripción y entre en vigencia su nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante este periodo, debe seguir obteniendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para obtener sus medicamentos recetados hasta que finalice su inscripción a nuestro plan.** Por lo general, sus medicamentos recetados están cubiertos solo si se obtienen en una farmacia de la red, que incluye nuestros servicios de orden de farmacia por correo.
- Si lo hospitalizan el día en que finaliza su inscripción, su hospitalización, por lo general, estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta (**incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura de salud**).

SECCIÓN 5 BlueMedicare Classic debe finalizar su inscripción al plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos dar de baja su inscripción al plan?

BlueMedicare Classic debe finalizar su inscripción al 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 se muda fuera del área de cobertura durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicios para miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja forma parte del área de nuestro plan. (Los números telefónicos de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si usted no es un ciudadano de los Estados Unidos o no reside legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o retiene información sobre otro seguro que tiene y que brinda cobertura de medicamentos recetados.
- Si, de manera intencional, nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y dicha información afecta su elegibilidad para obtener nuestro plan. (No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si se comporta de manera inapropiada continuamente, esto nos dificulta brindar la atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si usted permite que alguien más use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
 - Si damos de baja su inscripción por esta razón, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si se requiere que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso y usted no lo paga, Medicare cancelará su inscripción de nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su inscripción:

- Puede llamar a **Servicios para miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud
--------------------	--

BlueMedicare Classic no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por alguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si considera que se le solicita que se retire de nuestro plan por una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de equipo teleescritor (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Si damos de baja su inscripción a nuestro plan, tiene derecho a presentar una queja
--------------------	--

Si le damos de baja de nuestro plan, debemos informarle por escrito las razones que tenemos para finalizar su inscripción. También debemos explicar cómo puede presentar una queja acerca de nuestra decisión de finalizar su inscripción. También puede consultar en la Sección 10 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	268
SECCIÓN 2	Notificación de no discriminación	268
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare.....	268
SECCIÓN 4	Derechos de subrogación adicionales	268
SECCIÓN 5	Aviso sobre Florida Blue HMO y Blue Cross and Blue Shield Association	269
SECCIÓN 6	Aviso de no discriminación.....	269

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Varias leyes son aplicables a esta *Constancia de Cobertura* y algunas disposiciones adicionales podrían aplicarse porque la ley así lo establece. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, aunque las leyes no se incluyan ni expliquen en este documento. La principal ley que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones creadas por los Centros de servicio a los programas de Medicare y Medicaid, o CMS, en el marco de esta Ley. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que usted reside.

SECCIÓN 2 Notificación de no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, color de piel, religión, sexo, género, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen Planes Medicare Advantage, como nuestro Plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, sección 1557, todas las otras leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y reglamento aplicables por cualquier otro motivo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. De acuerdo con las reglamentaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), correspondientes a las secciones 422.108 y 423.462 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) 42, BlueMedicare Classic, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario según las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR 42, y las normas establecidas en esta sección prevalecerán sobre cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Derechos de subrogación adicionales

Como parte de este Acuerdo, Florida Blue HMO retiene su derecho a cobrarle a cualquier tercero las cantidades pagadas por beneficios que usted recibe en el marco de este Acuerdo y que el tercero está obligado a pagar. Este es el derecho de Subrogación de Florida Blue HMO. En el caso de que se realicen pagos, presten servicios o provean suministros a un Miembro o en su nombre, Florida Blue HMO, en lo que respecta a cualquiera de esos pagos o de los servicios o suministros brindados, deberá subrogarse para todas las causas de acción y derechos de

recuperación que pueda tener o tenga el Miembro contra cualquier persona y/u organización como resultado de dicho pago, o de los servicios o suministros brindados. Esos derechos de subrogación se extienden y aplican a cualquier acuerdo de reclamación, independientemente de si se inició una litigación. El Miembro deberá cumplimentar y entregar prontamente los instrumentos y documentos relacionados con los derechos de subrogación que pueda exigir Florida Blue HMO. Además, el Miembro debe notificar prontamente a Florida Blue HMO de cualquier negociación de acuerdo antes de participar de un convenio de liquidación que pueda afectar los derechos de subrogación de Florida Blue HMO. Además, bajo ningún concepto un Miembro debe evitar tomar una acción cuando ésta sea apropiada, ni tomar cualquier acción que pueda perjudicar los derechos de subrogación de Florida Blue HMO. Ninguna renuncia, exoneración de responsabilidad, acuerdo u otros documentos presentados por un Miembro sin notificación y aprobación previas de Florida Blue HMO serán vinculantes para Florida Blue HMO. En cualquier caso, Florida Blue HMO retiene el derecho de recuperar dichos pagos y/o el valor razonable de los servicios cubiertos que se hayan suministrado, de cualquier persona u organización hasta el máximo permitido por la ley. Con respecto a los servicios cubiertos que se han suministrado, Florida Blue HMO tendrá derecho al reembolso del valor razonable de dichos servicios, como se determina en la tarifa por servicio prestado.

SECCIÓN 5 Aviso sobre Florida Blue HMO y Blue Cross and Blue Shield Association

Usted, como miembro de este plan, acepta expresamente por medio del presente que comprende que este plan constituye un contrato exclusivo entre usted y Florida Blue HMO, que es una corporación independiente que opera con licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de Planes Blue Cross and Blue Shield independientes (la "Asociación"), que permite que Florida Blue HMO use las Marcas de Servicio Blue Cross and Blue Shield en el Estado de Florida, y que Florida Blue HMO no esté contratado como agente de la Asociación. Además, reconoce y acepta que no ha ingresado en este Plan basándose en afirmaciones de alguien que no sea Florida Blue HMO y que usted no responsabilizará a ninguna persona, entidad u organización que no sea Florida Blue HMO por cualquier obligación que Florida Blue HMO contraiga con usted en virtud de este Plan. Este párrafo no supondrá ninguna obligación adicional de parte de Florida Blue HMO que no sean aquellas obligaciones contraídas conforme a otras disposiciones de este acuerdo.

SECCIÓN 6 Aviso de no discriminación

Notificación de la sección 1557: La discriminación es en contra de la ley.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO (colectivamente "Florida Blue"), Florida Combined Life y el Programa para empleados federales (FEP) de Blue Cross and Blue Shield® cumplen con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. No excluimos a las personas ni las tratamos de forma diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Florida Blue, Florida Blue HMO, Florida Blue Preferred HMO, Florida Combined Life y FEP:

- Proporcionan ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita recibir estos servicios, llame a:

- Florida Blue (cobertura para la salud y la visión): 1-800-352-2583
- Florida Combined Life (cobertura dental, de vida y discapacidad): 1-888-223-4892
- Programa para empleados federales (FEP, Federal Employee Program): 1-800-333-2227

Si considera que no le proporcionamos estos servicios o lo discriminamos de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a:

Florida Blue (incluidos los miembros del FEP):

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 x29070
1-877-955-8773 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
section1557coordinator@floridablue.com

Florida Combined Life:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-877-955-8773 (TTY)
civilrightscoordinator@fclife.com

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la sección 1557 está disponible para ayudarle. También puede presentar un reclamo ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles; electrónicamente a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
1-800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773). FEP: Llame al 1-800-333-2227

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou ka resevwa yon èd gratis nan lang pa w. Rele 1-800-352-2583 (pou moun ki pa tande byen: 1-800-955-8773). FEP: Rele 1-800-333-2227

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Hãy gọi số 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773). FEP: Gọi số 1-800-333-2227

ATENÇÃO: Se você fala português, utilize os serviços linguísticos gratuitos disponíveis. Ligue para 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773). FEP: Ligue para 1-800-333-2227

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 -800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773)。FEP: 請致電 1-800-333-2227

ATENCIÓN:

Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583 (ATS : 1-800-955-8773). FEP : Appelez le 1-800-333-2227

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773). FEP: Tumawag sa 1-800-333-2227

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-352-2583 (телетайп: 1-800-955-8773). FEP: Звоните 1-800-333-2227

لصتا. ن اجم اب لكل رفاوتت ةيوعلل ا ةدعاسم ا تامدخ ن ا ف، ةغلل ا ركذا ت دحتت تنك اذا: ةظوح لم
1-008-333-7222. مقرب لصتا. 1-0778-559-008: مكبل او مصلا فتاه مقرب (1-3852-253-008 مقرب

ATTENZIONE: Qualora fosse l'italiano la lingua parlata, sono disponibili dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773). FEP: chiamare il numero 1-800-333-2227

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: +1-800-352-2583 (TTY: +1-800-955-8773). FEP: Rufnummer +1-800-333-2227

주의: 한국어 사용을 원하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773) 로 전화하십시오. FEP: 1-800-333-2227 로 연락하십시오.

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773). FEP: Zadzwoń pod numer 1-800-333-2227.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવા તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.

ફોન કરો 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773). FEP: ફોન કરો 1-800-333-2227

ประกาศ:ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โดยติดต่อหมายเลขโทรศัพท์ 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773) หรือ FEP โทร 1-800-333-2227

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-352-2583（TTY: 1-800-955-8773）まで、お電話にてご連絡ください。FEP: 1-800-333-2227

ده اوخ اشس رتس در دن گى ارىن لبزت الى هرت ، دىكى م تبص يس ر فن لبز م رگا ا : هجوت
دوب .

دىرىگبس اءت . FEP: 1-800-333-2227 م ر اش لب .
دىرىگبس اءت 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773) م ر اش لب .

Baa ákonínzin: Diné bizaad bee yáníłti'go, saad bee áká anáwo', t'áá jíík'eh, ná hóló. Kojj'
hodííłnih 1-800-352-2583 (TTY: 1-800-955-8773). FEP ígíí éí kojji' hodiíłnih 1-800-333-2227.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria: Un Centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios de cirugía ambulatorio para pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia se espera que no exceda las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: Un tiempo establecido cada otoño cuando los asegurados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiar a Original Medicare. El Periodo de Inscripción Anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Apelación: Una apelación es lo que usted presenta cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados, o pago por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un artículo, un servicio o un medicamento que usted considera que debería recibir. El Capítulo 9 explica qué son las apelaciones, incluido el proceso necesario para presentar una apelación.

Facturación del Saldo: Una situación en la que un proveedor (como un médico u hospital) le cobra al paciente más de la cantidad de costo compartido por los servicios. Como miembro de BlueMedicare Classic, solo tiene que pagar las cantidades de costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" o le cobren a usted más allá de la cantidad del costo compartido que su plan dice debe pagar.

Periodo de Beneficio- La forma que tanto nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de centros de cuidados médicos especializados (SNF). Un periodo de beneficios empieza el día en que usted acude a un centro de cuidados médicos especializados. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención hospitalaria durante 60 días consecutivos. Un nuevo periodo empieza si usted ingresa en un centro de cuidados médicos especializados después de que ha finalizado un periodo de beneficios. No hay límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Medicamento de Marca: Un medicamento recetado cuya fabricación y comercialización dependen de la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérico del medicamento. Sin embargo, las medicamentos genéricos son fabricadas y vendidas por otros laboratorios farmacéuticos, y generalmente no están disponibles hasta que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de Cobertura para Eventos Médicos Catastróficos: Aquella etapa del Beneficio de Medicamentos de la Parte D en que usted abona un copago o coaseguro menor por sus medicamentos, después de que usted u otro tercero autorizado para actuar en su nombre hayan gastado \$5,000 en medicamentos cubiertos durante el año de la cobertura.

Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo contactar al CMS.

Coaseguro: Una cantidad que puede tener que pagar como su parte del costo por medicamentos recetados. Por lo general, el coaseguro es un porcentaje (por ejemplo, 20 %).

Queja: La manera formal de decir “presentar una queja” es “iniciar un reclamo”. El proceso de quejas se usa *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También consulte “Reclamo”, en esta lista de definiciones.

Establecimiento Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF):

Establecimiento que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona diversos servicios, incluyendo terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje y servicios de evaluación del ambiente en el hogar.

Copago: Una cantidad que puede tener que pagar como su parte del costo por un servicio médico o suministro, como visita al médico, visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Costo Compartido: El costo compartido se refiere a la cantidad que debe pagar un asegurado cuando recibe medicamentos o servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios o las medicamentos; (2) cualquier “copago” fijo que exija un plan cuando se reciba un servicio o un medicamento en particular; o (3) cualquier “coaseguro”, un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento o un servicio, que exija un plan cuando se reciba un servicio o un medicamento en particular. Una "tarifa de costo compartido diario" puede aplicar cuando su médico le receta un suministro para menos de un mes de ciertas medicamentos y se requiere que pague un copago.

Nivel de Costo Compartido: Todos los medicamentos que forman parte de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto es el nivel de costo compartido, más alto es el costo que tiene que pagar por el medicamento.

Determinación de Cobertura: Una decisión acerca de si el plan le cubre o no un medicamento recetado y, si correspondiera, la cantidad que usted debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y ahí le informan que su plan no cubre el medicamento recetado, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos Cubiertos: El término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios Cubiertos: El término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

Cobertura Acreditable de Medicamentos Recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, por parte de un empleador o sindicato) que promete pagar, en promedio, al menos tanto como lo que cubre la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente, pueden mantener dicha cobertura sin pagar una multa, si deciden, más adelante, inscribirse a una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Cuidado de custodia: El cuidado de custodia es aquel que es brindado en un centro de atención no especializada, centro para enfermos terminales u otro establecimiento cuando usted no requiere atención médica o de enfermería especializada. El cuidado de custodia es el cuidado personal que lo pueden proporcionar personas que no tienen las habilidades o la capacitación profesional, tales como ayudar con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, moverse dentro o fuera de una cama o silla de ruedas, movilizarse 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 por el cuidado de custodia.

Tarifa de Abastecimiento: Una tarifa que se cobra cada vez que se abastece un medicamento cubierto para pagar por el costo de obtener un medicamento recetado. Una tarifa de costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes. A continuación, un ejemplo: Si su copago para suministro de un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro de un mes en su plan es 30 días, luego su "tarifa de costo compartido" es \$1 por día. Esto quiere decir que paga \$1 por suministro de cada día cuando surte su receta.

Deducible: El monto que debe pagar por atención médica o recetas antes de que nuestro plan empiece a pagar.

Baja o Dar de baja: El proceso de finalizar su membresía en nuestro plan. La baja de la inscripción puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (sin decisión propia).

Tarifa de Abastecimiento: Una tarifa que se cobra cada vez que se abastece un medicamento cubierto para pagar por el costo de obtener un medicamento recetado. La tarifa de abastecimiento cubre costos como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Equipo Médico Duradero (DME): Ciertos equipos médicos que su médico solicita por razones de salud. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, colchones eléctricos, suministros diabéticos, dispensadores de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores, camas de hospital solicitadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: A emergencia médica es cuando usted o cualquier otra persona no profesional prudente con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, creen que tiene síntomas médicos que requieren de una atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencias: Los servicios cubiertos que son: 1) prestados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de la Cobertura (EOC) e Información de Divulgación : Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro anexo, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, nuestras obligaciones, sus derechos y sus responsabilidades como asegurado de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no forma parte de la lista de medicamentos cubiertos del patrocinador de su plan (una excepción de la lista) o le permite conseguir un medicamento no preferido al nivel de menor costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que pide, o si el plan limita la cantidad o dosificación del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Ayuda Adicional: Un programa de Medicare que ayuda a que las personas con ingresos y recursos limitados paguen los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, tales como pagos, deducibles y coaseguro.

Medicamento Genérico: Un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) por contener el (los) mismo(s) ingrediente(s) activo(s) que el medicamento de marca. Por lo general un medicamento “genérico” es igual de efectivo que un medicamento de marca y suele costar menos.

Reclamo: Un tipo de queja que usted presenta sobre nosotros o una de las farmacias de nuestra red, incluida una queja relativa a la calidad de su atención. Este tipo de quejas no incluye disputas por cobertura o pago.

Ayudante de atención médica en el hogar: El ayudante de atención médica en el hogar brinda servicios para los que no se requieren las habilidades de una enfermera o un terapeuta licenciados, como es la ayuda con los cuidados personales (p. ej., bañarse, vestirse, ir al baño o hacer los ejercicios recomendados). Los ayudantes de atención médica en el hogar no cuentan con una licencia de enfermería ni brindan terapia.

Hospicio: Un afiliado que tiene 6 meses o menos de tiempo de vida tiene derecho a elegir un centro para enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de centro

para enfermos terminales en su área geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y continúa pagando las primas sigue siendo miembro del plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios así como los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro para enfermos terminales proporcionará un tratamiento especial para su estadía.

Hospitalización: Una hospitalización cuando usted ha sido formalmente internado en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante la noche, es posible que se lo siga considerando como "paciente ambulatorio".

Montos de Ajuste Mensuales Relacionados con el Ingreso (IRMAA, por sus siglas en inglés): Si su ingreso es superior a cierto límite, pagará una cantidad ajustada mensual relacionada con su ingreso además de su prima del plan. Por ejemplo, los individuos con un ingreso mayor a \$85,000 y las parejas casadas con ingresos mayores a \$170,000 deben pagar un monto mayor de la Parte B de Medicare (seguro médico) y un monto mayor de prima de cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Este monto adicional se llama cantidad ajustada mensual relacionada con su ingreso. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectados, de manera que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de Cobertura Inicial: El límite máximo de cobertura de acuerdo con la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura inicial: Esta es la etapa anterior al momento en que sus gastos totales de medicamentos hayan alcanzado para el año el límite de \$3,750, incluidas las cantidades que usted haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre.

Periodo de Afiliación Inicial: Cuando usted acaba de hacerse elegible para Medicare, es el periodo durante el que puede afiliarse a la Parte A y Parte B de Medicare. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Periodo de Afiliación Inicial es el periodo de siete meses que empieza tres meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes cuando cumple 65 años y termina tres meses después del mes en que cumple 65 años de edad.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario o "Lista de Medicamentos"): Un listado de los medicamentos cubiertos por el plan. Nuestro plan, con la ayuda de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de esta lista. La Lista incluye medicamentos genéricos y de marca.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS según sus siglas en inglés): Consulte "Ayuda Adicional".

Cantidad máxima de gastos a su cargo: Lo máximo que usted paga como costo a su cargo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por la Parte A y la Parte B de Medicare y las medicamentos recetados no se tienen en cuenta para el gasto máximo a su cargo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2 para obtener más información acerca de la cantidad máxima de gastos a su cargo.

Medicaid (o Asistencia Médica): Es un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas con ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de cuidados de la salud están

cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

Indicación Medicamento Aceptada: Un uso del medicamento que es ya sea aprobado por la Administración de Alimentos y Drogas o apoyado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada.

Medicamento Necesario: Servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: El programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, ciertas personas menores de 65 años con alguna discapacidad, y personas con Enfermedad Renal Terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un Plan de Costos de Medicare, un plan PACE, o un Medicare Advantage Plan.

Periodo de Cancelación de la Afiliación de Medicare Advantage: Un tiempo establecido cada año cuando los asegurados en un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción y cambiar a Original Medicare. El Periodo de Cancelación de la Inscripción de Medicare Advantage es del 1 de enero al 14 de febrero de 2018.

Plan Medicare Advantage (MA): En ocasiones, denominado Parte C de Medicare. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un Plan HMO, PPO, un plan Privado de Tarifa por Servicio Prestado (PFFS, por sus siglas en inglés) o un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare (MSA, por sus siglas en inglés). Cuando está inscrito a un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos a través del plan y no son pagados por Original Medicare. En la mayor parte 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**. Toda persona que tenga la Parte A y la Parte B es elegible para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto aquellas personas con Enfermedad Renal Terminal (a menos que se apliquen determinadas excepciones).

Plan de Costos de Medicare: Un Plan de Costos de Medicare es un plan operado por una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) o un Plan Médico Competitivo (CMP, por sus siglas en inglés) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos bajo la Sección 1876(h) de la Ley.

Programa de Descuentos para la Brecha en la Cobertura de Medicare (Medicare Coverage Gap Discount Program): Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D a los afiliados en la Parte D que hayan alcanzado la Etapa

de Brecha en la Cobertura y que aún no estén recibiendo “Ayuda Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno Federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de, pero no todos, las medicamentos de marca tienen descuentos.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B de Medicare. Todos los planes médicos de Medicare, incluyendo nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y de la Parte B a las personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye a todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costos de Medicare, Programas Piloto/Demostración y Programas de Cuidado de Salud Todo Incluido para Adultos Mayores (PACE, por sus siglas en inglés).

Cobertura de Medicamentos Recetados de Medicare (Parte D de Medicare): Es un seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar las medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro Suplementario a Medicare): Seguro suplementario a Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir “ausencias” en Medicare Original. Las pólizas Medigap funcionan únicamente con Medicare Original. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Asegurado (Asegurado de nuestro Plan o “Asegurado del Plan”): Una persona con Medicare, que es elegible para obtener cuidados médicos que están cubiertos, que se afilió a nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicio a los Programas de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicios para miembros: Un departamento dentro de nuestro plan, que se encarga de responder sus preguntas sobre la inscripción, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicios para miembros.

Farmacia de la Red: Una farmacia de la red es aquella donde los asegurados de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las denominamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus medicamentos recetados solo están cubiertos si los obtiene en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: “Proveedor” es el término general que utilizamos para referirnos a los médicos, hospitales y otros establecimientos y profesionales de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Los denominamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago en su totalidad y, en algunos casos, para coordinar y brindar cuidados médicos que están cubiertos al Cliente de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los acuerdos que tenga con ellos o si estos acuerdan ofrecerle a usted cuidados médicos

que están cubiertos por el plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la Organización: El plan Medicare Advantage ha tomado una determinación de la organización cuando ésta decide acerca de si los cuidados médicos están cubiertos o sobre cuánto tiene que pagar usted por los cuidados médicos que están cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Traditional Medicare” o Medicare con “Tarifa por Servicio Prestado”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan privado de salud como los planes de medicamentos recetados y los planes Medicare Advantage. Con Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de las cantidades establecidas por el Congreso. Usted puede visitar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la suya. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia Fuera de la Red: Una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Tal como se explica en esta Constancia de Cobertura, la mayoría de los medicamentos que recibe de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan determinadas condiciones.

Proveedor o Establecimiento Fuera de la Red: Un proveedor o establecimiento con el cual no hemos concertado coordinar o brindar los cuidados médicos que están cubiertos para los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son aquellos que no administran, poseen ni emplean nuestro plan o que no tienen contrato para brindarle cuidados médicos que están cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica el uso de proveedores o centros fuera de la red.

Costos a su cargo: Vea la definición de “costo compartido” antes mencionada. El requisito de costo compartido del miembro por el cual debe pagar una parte de los servicios médicos o las medicamentos que recibe también se conoce como requisito de costos de “costos a su cargo” del miembro.

Plan PACE: Un plan Programa de Cuidado de la Salud Todo Incluido (PACE, por sus siglas en inglés) combina los servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para las personas débiles para ayudarles a mantenerse independientes y vivir en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de cuidados médicos no especializados) siempre que sea posible, al tiempo que reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas afiliadas a los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como los de Medicaid a través del plan.

Parte C: Consulte el “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El Programa voluntario de Beneficios de Medicamentos Recetados de Medicare. (Para mayor facilidad, nos referiremos al programa de beneficios de medicamentos recetados como Parte D).

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. (Consulte su formulario para ver la lista específica de medicamentos cubiertos). Ciertas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Costo compartido preferido: Costo compartido preferido significa menor costo compartido para ciertas medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Multa por Afiliación Tardía en la Parte D: Una cantidad que se suma a su pago mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si transcurren 63 días consecutivos o más sin que usted tenga cobertura acreditable (una cobertura que promete pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare). Usted pagará esta cantidad más alta durante el tiempo en que tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía en la Parte D.

Plan de Organización de Proveedores Preferentes (PPO): Un plan de Organización de Proveedores Preferentes es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han aceptado tratar a los miembros del plan por una cantidad de pago establecida. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores de la red o fuera de la red. La parte del costo compartido que le corresponde al miembro, por lo general, será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos a su cargo por los servicios que usted recibe de los proveedores (preferidos) de la red y un límite mayor en sus costos combinados totales a su cargo por los servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Pago: El pago periódico a Medicare, una compañía de seguros, o un plan de salud para la cobertura de la salud o de medicamentos recetados.

Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés): Su PCP es el médico u otro proveedor que usted visita en primer lugar para la mayoría de sus problemas de salud. Este médico se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede que hable con otros médicos y proveedores de atención médica acerca de su cuidado y que usted sea derivado a ellos. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1 para obtener más información sobre los proveedores de atención primaria.

Autorización Previa: Aprobación por adelantado para obtener determinados servicios o medicamentos que pueden o no estar en nuestra lista de medicamentos cubiertos. Algunos servicios médicos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen una

“autorización previa” de nuestro plan. En la Tabla de Beneficios del Capítulo 4, se indican los cuidados médicos que están cubiertos y que requieren autorización previa. Algunos medicamentos solo están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtienen una “autorización previa” de nuestra parte. Los medicamentos cubiertos que precisan una autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y ortopedia: Son dispositivos médicos solicitados por su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, férulas para brazo, espalda y cuello, miembros artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluyendo suministros de ostomía y terapia nutricional parenteral y enteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) – Un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a quienes paga el gobierno Federal para controlar y mejorar la atención que se les brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con el QIO en su estado.

Límites de Cantidad: Una herramienta de administración que se diseñó para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad u otros motivos de utilización. Para ciertos medicamentos, puede haber límites en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o durante un periodo definido.

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de cobertura: Un área geográfica en donde un plan de salud acepta asegurados si sus límites de inscripción se basan en el lugar donde vive la gente. Para los planes que tienen un límite para los médicos y hospitales que puede usar, también es por lo general, el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). El plan puede dar de baja su inscripción si se muda de manera permanente fuera del área de cobertura del plan.

Atención en un Centro de Cuidados Médicos Especializados (SNF, por sus siglas en inglés): Cuidados médicos especializados y servicios de rehabilitación que se proporcionan continuamente, todos los días, en un centro de cuidados médicos especializados. Ejemplos de la atención en un centro de cuidados médicos especializados incluyen la terapia física o las inyecciones intravenosas que solo pueden administrar una enfermera graduada o un médico.

Periodo de Afiliación Especial: Un tiempo establecido cuando los asegurados pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Periodo de Inscripción Especial incluyen: si se muda fuera del área de cobertura, si está recibiendo “Ayuda Adicional” para afrontar los costos de medicamentos recetados, si se muda a un centro de cuidados médicos no especializados o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de Necesidades especiales: Un tipo especial de Plan Medicare Advantage que ofrece más atención médica orientada a grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, viven en un hogar de ancianos o tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Costo Compartido Estándar: El costo compartido estándar es un costo compartido que no es el costo compartido preferido ofrecido en una farmacia de la red.

Terapia Escalonada: Una herramienta de utilización que le exige que primero pruebe otro medicamento para tratar su condición médica antes de que cubramos el medicamento que su médico podría haber recetado inicialmente.

Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI, por sus siglas en inglés) -Un beneficio mensual que paga la Administración del Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que sufren de discapacidades, son ciegas o tienen 65 o más años de edad. Los beneficios de SSI son diferentes de los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia necesarios: Los servicios de urgencia necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica inesperada que no constituye una emergencia y que requiere atención médica inmediata. La atención de urgencia necesaria puede ser proporcionada por proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles ni accesibles temporalmente.

Declaración de Divulgación de PRA Conforme a la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a la recopilación de información a menos que la solicitud de recopilación tenga un número válido de control de la OMB. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es el 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Servicios para miembros de BlueMedicare Classic

Método	Servicios para miembros – Información de contacto
LLAME AL	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Le devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil. El departamento de Servicios para miembros también ofrece servicios de interpretación de manera gratuita, disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	1-877-955-8773 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, los siete días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 14 de febrero, excepto el día de Acción de Gracias (Thanksgiving) y el día de Navidad. Sin embargo, desde el 15 de febrero al 30 de septiembre, estamos abiertos de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. hora local, de lunes a viernes. Tendrá que dejar un mensaje los sábados, domingos y feriados federales. Les devolveremos la llamada en el transcurso de un día hábil.
FAX	1-305-716-9333
ESCRIBA A	Florida Blue Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO DE INTERNET	www.BlueMedicareFL.com

SHINE (SHIP de Florida)

SHINE es un programa estatal que recibe financiamiento del gobierno federal para ofrecer orientación gratuita sobre seguros médicos a las personas de la comunidad que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-800-963-5337
TTY	1-877-955-8773 Este número requiere equipo telefónico especial y está destinado únicamente a personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO DE INTERNET	www.FLORIDASHINE.org

Este documento es una traducción de su original escrito en inglés. Los términos en inglés prevalecerán en caso de alguna disputa con respecto al significado de este documento o sus términos.