

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

Beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO)

Este documento brinda información sobre su cobertura de salud de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- La prima y el costo compartido de nuestro plan.
- Sus beneficios médicos
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o un tratamiento.
- Cómo comunicarse con nosotros.
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención 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 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Esta llamada es gratuita.

Este plan, BlueMedicare Patriot (PPO), es ofrecido por Florida Blue Medicare. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a Florida Blue Medicare. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a BlueMedicare Patriot [PPO]).

Este documento está disponible sin cargo en *inglés*.

Esta información está disponible en formatos alternativos, como letra grande, audio y braille.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos y coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

Nuestra red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Tabla de contenidos**CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5**

SECCIÓN 1	Es miembro de BlueMedicare Patriot (PPO)	5
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan.....	6
SECCIÓN 3	Materiales importantes relacionados con la membresía	7
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes para 2027	8
SECCIÓN 5	Más información sobre su prima mensual	10
SECCIÓN 6	Mantenga actualizado el registro de membresía del plan	10
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	11

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 13

SECCIÓN 1	Contactos de BlueMedicare Patriot (PPO).....	13
SECCIÓN 2	Cómo obtener ayuda de Medicare	17
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP).....	18
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)	19
SECCIÓN 5	Seguro Social	20
SECCIÓN 6	Medicaid	21
SECCIÓN 7	Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)	22
SECCIÓN 8	Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador	23

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para recibir servicios médicos 24

SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan.....	24
SECCIÓN 2	El uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica.....	25
SECCIÓN 3	Cómo recibir servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de atención de urgencia.....	28
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	31
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	31
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica.....	33
SECCIÓN 7	Reglas para la posesión de equipo médico duradero.....	35

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	37
SECCIÓN 1	Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....37
SECCIÓN 2	La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos...39
SECCIÓN 3	Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)..... 117
CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos	124
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios cubiertos 124
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 126
SECCIÓN 3	Analizaremos su solicitud de pago y le informaremos sobre nuestra decisión..... 127
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades.....	128
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 128
SECCIÓN 2	Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 140
CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)	142
SECCIÓN 1	Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación 142
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y ayuda personalizada 143
SECCIÓN 3	Qué proceso utilizar para su problema..... 143
SECCIÓN 4	Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones..... 144
SECCIÓN 5	Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación..... 147
SECCIÓN 6	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto 155
SECCIÓN 7	Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto 161
SECCIÓN 8	Cómo elevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 165
SECCIÓN 9	Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones 167

CAPÍTULO 8: Cancelación de su membresía en nuestro plan	172
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan 172
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 172
SECCIÓN 3	Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan 175
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan 175
SECCIÓN 5	BlueMedicare Patriot (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones..... 176
CAPÍTULO 9: Avisos legales	178
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes..... 178
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación 178
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 178
SECCIÓN 4	Derechos adicionales de subrogación 181
SECCIÓN 5	Aviso sobre Florida Blue y Blue Cross and Blue Shield Association 182
Capítulo 10: Definiciones	183

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de BlueMedicare Patriot (PPO)

Sección 1.1	Usted está inscrito en BlueMedicare Patriot (PPO), que es un plan PPO de Medicare
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y eligió obtener su cobertura de medicamentos y salud de Medicare a través de nuestro plan, BlueMedicare Patriot (PPO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Medicare Original.

BlueMedicare Patriot (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO (en inglés, PPO significa organización de proveedores preferidos). Al igual que todos los planes de salud de Medicare, este plan PPO de Medicare está aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. Este plan no incluye la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Sección 1.2	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>
--------------------	---

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueMedicare Patriot (PPO) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones adicionales que la afectan. En ocasiones, estos avisos se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en BlueMedicare Patriot (PPO), entre el 1 de enero de 2027 y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan BlueMedicare Patriot (PPO) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan BlueMedicare Patriot (PPO) todos los años. Puede seguir recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Vivir en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfico, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para BlueMedicare Patriot (PPO)

BlueMedicare Patriot (PPO) solo está disponible para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en nuestra área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Bay, Calhoun, Escambia, Franklin, Gadsden, Jefferson, Leon, Liberty, Okaloosa, Santa Rosa, Wakulla y Walton

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un período de inscripción especial para cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva localidad.

Si se muda o cambia de dirección postal, también es importante que llame al Seguro Social. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

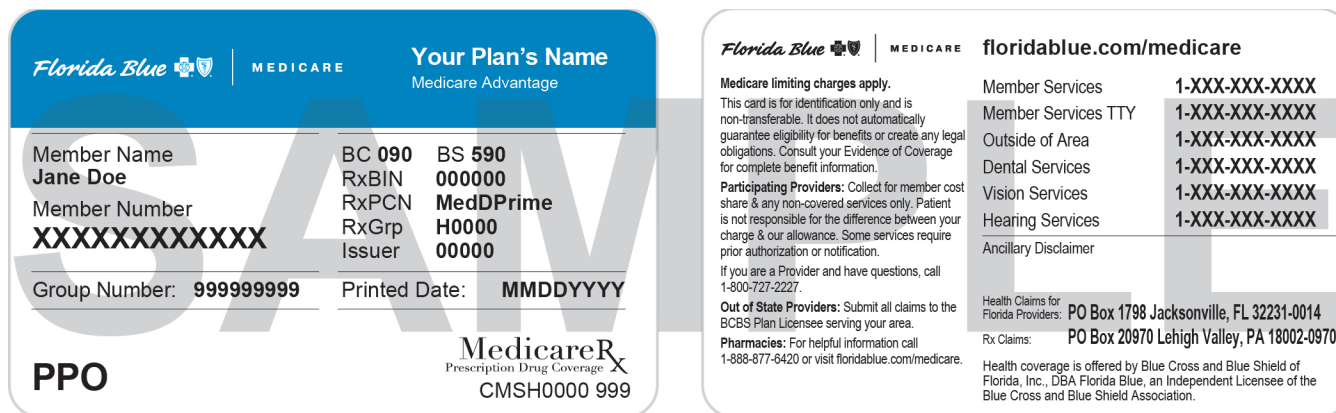
Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o no ciudadano elegible. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BlueMedicare Patriot (PPO) en caso de que usted no sea elegible para seguir siendo miembro por este motivo. BlueMedicare Patriot (PPO) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes relacionados con la membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía:



NO debe usar la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de la tarjeta de miembro de BlueMedicare Patriot (PPO), es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si se daña o pierde nuestra tarjeta de membresía o se la roban, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* <https://providersearch.floridablue.com/> contiene un listado de nuestros proveedores de la red actuales y proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago pleno.

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro de la red o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de

la red, la parte que le corresponde de los costos de sus servicios cubiertos podría ser mayor. Consulte el Capítulo 3 para obtener información más específica.

Obtenga la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en <https://providersearch.floridablue.com/>.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o en papel) a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

Sus costos para 2027	
Prima mensual del plan*	\$0
* Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	
Deducible	• \$0 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para obtener más detalles).	• De proveedores de la red: \$6,750 es el monto máximo que paga por servicios médicos cubiertos por Medicare de proveedores dentro de la red durante el año. • De proveedores dentro y fuera de la red combinados: \$10,100 es el máximo que paga por los servicios médicos cubiertos por Medicare que recibe de proveedores dentro y fuera de la red combinados.
Visitas al consultorio de atención primaria	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por visita <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Sus costos para 2027	
Visitas al consultorio de un especialista	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$55 por visita <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
Hospitalizaciones	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$385 por día para los días 1 al 7 Copago de \$0 por día para los días 8 al 90 <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

Sección 4.1 Prima del plan

No paga una prima mensual del plan por separado para BlueMedicare Patriot (PPO).

Las primas de la Parte B de Medicare difieren para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise en su copia de la guía *Medicare y Usted 2027* en la sección denominada *Costos de Medicare de 2027*. Descargue una copia del sitio web de Medicare ([Medicare.gov/medicare-and-you](https://www.Medicare.gov/medicare-and-you)) o solicite una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Reducción de la prima de la Parte B de Medicare

Como usted sabe, su prima de la Parte B de Medicare se deduce automáticamente de su cheque mensual del Seguro Social. Mientras esté inscrito en este plan, Florida Blue pagará hasta \$100 de su prima de la Parte B de Medicare. Como resultado, su cheque mensual del Seguro Social aumentará

en este monto. No tiene que completar ningún trámite para obtener este beneficio. Nosotros nos encargamos de eso por usted.

La Administración del Seguro Social podría demorar varios meses en completar el procesamiento. Esto significa que es posible que no vea el aumento en su cheque del Seguro Social varios meses después de la fecha de entrada en vigencia de este plan. Cualquier aumento omitido se agregará a su próximo cheque una vez que se complete el procesamiento. Tenga en cuenta que, si cancela su inscripción en este plan, su beneficio de la prima de la Parte B de Medicare finalizará el día de la cancelación de la inscripción. Como se mencionó anteriormente, la Administración del Seguro Social podría demorar varios meses en completar el procesamiento. Cualquier reducción de prima que reciba después de cancelar su inscripción, con el tiempo, se deducirá de su cheque del Seguro Social.

Debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para recibir la Parte A sin prima.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

No tenemos permitido modificar el monto de la prima mensual de nuestro plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre, y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado el registro de membresía del plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y su número de teléfono. Le indica su cobertura específica del plan.

Los médicos, los hospitales y otros proveedores de la red de su plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios tienen cobertura y los montos de los costos compartidos.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Si tiene alguno de estos cambios, infórmenos:

- Si cambia su nombre, dirección o número de teléfono.
- Si cambia cualquier otra cobertura de salud que tenga (como la de su empleador, la del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, indemnización laboral o Medicaid)
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si lo admiten en un hogar de convalecencia.

- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No se requiere que le informe al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algo de esto cambia, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para informarnoslo. También puede actualizar su información a través del sitio web www.floridablue.com/medicare/member. Haga clic en el botón “Log In” (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea y luego seleccione “My Account” (Mi cuenta). Podrá editar su perfil de miembro y enviarnos mensajes para informarnos sobre los cambios en su información.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de otras coberturas de salud o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea esta información con atención. Si es correcta, no es necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otras aseguradoras le pidan el número de identificación de miembro de nuestro plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (el “pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”) solo paga si hay costos no cubiertos por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, dígaselo a su médico, a su hospital y a su farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):

- Si es menor de 65 años y tiene una discapacidad, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
- Si es mayor de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja de hecho) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:

Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Patriot (PPO)

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o las preguntas sobre su tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de BlueMedicare Patriot (PPO). Con gusto lo ayudaremos.

Información de contacto de Servicios para Miembros

Teléfono**1-800-926-6565**

Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.

Servicios para Miembros también tiene servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.

TTY**711**

Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.

Fax**1-305-716-9333**

Información de contacto de Servicios para Miembros

Correo postal	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
Sitio web	www.floridablue.com/medicare/member

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica

Teléfono	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
TTY	711 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.

Información de contacto para decisiones de cobertura y apelaciones sobre la atención médica

Fax **1-904-301-1614 para decisiones de cobertura**

Puede enviarnos por fax las solicitudes de decisión de cobertura estándar y rápidas (aceleradas) a este número.

1-305-437-7490 para decisiones sobre apelaciones

Puede solicitar apelaciones estándar y rápidas (aceleradas) por fax.

Correo postal Para decisiones de cobertura, use la dirección que figura a continuación:

Florida Blue Medicare Utilization Management Department
4800 Deerwood Campus Parkway
Building 900, 5th Floor
Jacksonville, FL 32246

Para apelaciones, use la dirección que figura a continuación:
Florida Blue Medicare
Attn: Medicare Appeals and Grievances Department
P.O. Box 41629
Jacksonville, FL 32203-1629

Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Información de contacto para reclamos sobre la atención médica

Teléfono **1-800-926-6565**

Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.

Información de contacto para reclamos sobre la atención médica

TTY	711 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
Fax	1-305-437-7490 NOTA: Puede solicitar reclamos estándar y rápidos (acelerados) por fax.
Correo postal	Florida Blue Medicare Attn: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629
Sitio web de Medicare	Para presentar un reclamo sobre BlueMedicare Patriot (PPO) directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitar que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar nosotros, es posible que deba solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Información de contacto para solicitudes de pago

Correo postal	Para solicitudes relacionadas con la atención médica: Florida Blue Medicare P. O. Box 1798 Jacksonville, FL 32231-0014
----------------------	---

Información de contacto para solicitudes de pago

Sitio web	www.floridablue.com/medicare/forms
------------------	--

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Información de contacto de Medicare

Teléfono	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone .
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido su costo y los servicios que prestan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores de atención médica. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, inyecciones o vacunas y visitas anuales de “bienestar”).

Información de contacto de Medicare

- Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los hogares de convalecencia, los hospitales, los médicos, las agencias de atención médica a domicilio, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación para pacientes internados y los hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para informar a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga sobre BlueMedicare Patriot (PPO).

Para presentar un reclamo ante Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) es un programa del Gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados y que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Florida, el SHIP se denomina Atendiendo las Necesidades de Seguros de Salud de las Personas Mayores (SHINE).

El SHINE es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud) que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud a nivel local y de forma gratuita a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del SHINE pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médico, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHINE también pueden brindarle ayuda con las preguntas o los problemas que tenga en relación con Medicare, explicarle las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Información de contacto del SHINE (Programa SHIP de Florida)

Teléfono	1-800-963-5337
-----------------	-----------------------

Información de contacto del SHINE (Programa SHIP de Florida)	
TTY	711 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	<u>www.FLORIDASHINE.org</u>

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) designada atiende a las personas con Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama ACENTRA HEALTH.

ACENTRA HEALTH está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. ACENTRA HEALTH es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con ACENTRA HEALTH en cualquiera de estas situaciones:

- Usted tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención son recibir el medicamento equivocado, realizarse pruebas o procedimientos innecesarios o tener un diagnóstico erróneo.
- Cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Considera que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finalizará demasiado pronto.

Información de contacto de ACENTRA HEALTH (Organización para la Mejora de la Calidad de Florida)

Teléfono	Número gratuito 1-888-317-0751 Horario de atención de la línea de ayuda: Días entre semana: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawaii-Aleutian. Fines de semana y feriados: de 10:00 a.m. a 4:00 p.m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawaii-Aleutian.
TTY	711 Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	ACENTRA HEALTH 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Fax	1-844-878-7921
Sitio web	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad para Medicare y gestiona la inscripción en Medicare.

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

Información de contacto del Seguro Social

Teléfono	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Utilice los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y hacer algunos trámites las 24 horas del día.
-----------------	---

Información de contacto del Seguro Social

TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
Sitio web	<u>SSA.gov</u>

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Gobierno federal y estatal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también son elegibles para Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas que son QMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos especificados (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas que son SLMB también son elegibles para beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona que califica (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores con discapacidad calificados (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de Ahorro de Medicaid y Medicare, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) de Florida.

Información de contacto de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (programa Medicaid de Florida)

Teléfono	1-888-419-3456 El horario de atención 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 un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
Sitio web	https://ahca.myflorida.com/medicaid.html

SECCIÓN 7 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

La Junta de Jubilación para Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, infórmeles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)

Teléfono	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Pulse "0" para hablar con un representante de la RRB los lunes, martes, jueves y viernes, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., y los miércoles, de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. Pulse "1" para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y obtener información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.
-----------------	---

Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB)**TTY** 1-312-751-4701

Este número requiere un aparato telefónico especial y es solo para las personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.

Sitio web <https://RRB.gov>

SECCIÓN 8 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilación (o del empleador o grupo de jubilación de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o del sindicato, o a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge o pareja de hecho). (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare según este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3:

Cómo usar nuestro plan para recibir servicios médicos

SECCIÓN 1 **Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan**

En este capítulo, se explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener cobertura de atención médica. Para obtener más información sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 **Proveedores de la red y servicios cubiertos**

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y su monto de costo compartido como pago total. Hicimos arreglos para que estos proveedores proporcionen servicios cubiertos a los miembros en nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.2 **Reglas básicas para que su atención médica esté cubierta por nuestro plan**

Al ser un plan de salud de Medicare, BlueMedicare Patriot (PPO) debe cubrir todos los servicios que cubre Medicare Original y seguir las reglas de cobertura de Medicare Original.

Por lo general, BlueMedicare Patriot (PPO) cubrirá su atención médica si se cumplen los siguientes requisitos:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan**, en el Capítulo 4.
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, los suministros, los equipos o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica, y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.
- **Recibe su atención de un proveedor que es elegible para proporcionar servicios a través de Medicare Original.** Como miembro de nuestro plan, puede recibir atención de un proveedor de la red o de un proveedor fuera de la red (consulte la Sección 2 para obtener más información).
 - Los proveedores de nuestra red se detallan en el *Directorio de proveedores en* <https://providersearch.floridablue.com/>.
 - Si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde de los costos de sus servicios cubiertos podría ser mayor.
 - Si bien puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto para la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si acude a un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que sea elegible para participar en Medicare.

SECCIÓN 2 El uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica

Sección 2.1	Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red
--------------------	---

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo determinada. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

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

No necesita obtener una remisión antes de consultar a cualquier tipo de especialista.

Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su médico tendrá que solicitárnoslos y obtener una autorización previa (aprobación previa). La Tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4 indica qué servicios requieren autorización previa.

Es posible que necesite una autorización previa para ciertos servicios (consulte el Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). Se puede obtener la autorización de nuestro plan. Usted o su proveedor, incluido un proveedor no contratado, pueden preguntarle a nuestro plan si cubrirá un servicio antes de que se le brinde. Usted o su proveedor pueden solicitar que la determinación se presente por escrito. Este proceso se denomina determinación anticipada. Si le comunicamos que no cubriremos los servicios, usted o su proveedor tienen derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención. En el Capítulo 7 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado.

Si no tiene una determinación anticipada, también se puede obtener una autorización de un proveedor de la red que remita al miembro a un especialista fuera de la red de nuestro plan para recibir un servicio, siempre que el servicio no esté expresamente excluido de la cobertura del plan según lo detallado en el Capítulo 4.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red abandona nuestro plan

Podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) de la red de nuestro plan durante el año. Si su médico o especialista deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará de participar en nuestro plan para que tenga tiempo de elegir uno nuevo.
 - En el caso de que su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deje de participar en nuestro plan, se lo notificaremos si dicho proveedor lo atendió en los últimos 3 años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja de participar en nuestro plan, se lo notificaremos si se le asignó el proveedor, si actualmente se atiende con él o si lo visitó en los últimos 3 meses.
- Le brindaremos ayuda para elegir un nuevo proveedor calificado que se encuentre dentro de la red y que pueda seguir brindándole servicios de atención médica.

- Si está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual que se consideran servicios médicamente necesarios, tiene derecho a solicitar la continuación de estos servicios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo los servicios.
- Le brindaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o un beneficio de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos la prestación de los beneficios cubiertos que sean médicamente necesarios fuera de nuestra red de proveedores mediante costos compartidos dentro de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que lo ayudemos a elegir un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando de manera adecuada, tiene derecho a presentar un reclamo en relación con la calidad de la atención ante la QIO, una queja en relación con la calidad de la atención ante nuestro plan o ambas opciones (consulte el Capítulo 7).

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, puede elegir recibir atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen la obligación de atenderlo, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá servicios de proveedores dentro de la red y fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y sean médicamente necesarios. Sin embargo, **si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde de los costos de sus servicios cubiertos podría ser mayor.** Estos son más puntos importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red:

- Puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red; sin embargo, en la mayoría de los casos, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto para la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si recibe atención de un proveedor que no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que reciba. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que sea elegible para participar en Medicare.
- No necesita una remisión o autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red, solicite una decisión de cobertura previa a la visita para confirmar que los servicios que recibirá están cubiertos y son médicamente necesarios. (Consulte la Sección 4 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura). Esto es importante por lo siguiente:
 - Sin una decisión de cobertura previa a la visita, y si nuestro plan luego determina que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, nuestro plan puede denegar la cobertura y usted será responsable por el costo total. Si confirmamos que no

cubriremos los servicios que recibió, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención (consulte el Capítulo 7 para saber cómo presentar una apelación).

- Es mejor pedirle a un proveedor fuera de la red que le facture a nuestro plan primero. No obstante, si ya ha pagado por los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo por los servicios cubiertos. Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que deberíamos pagar, nos la puede enviar para que la paguemos (consulte el Capítulo 5).
- Si está usando un proveedor fuera de la red para atención de emergencia, servicios de urgencia o diálisis fuera del área, no tendrá que pagar un monto de costo compartido mayor (vaya a la Sección 3).

SECCIÓN 3 **Cómo recibir servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad de atención de urgencia**

Sección 3.1 **Obtenga atención si tiene una emergencia médica**

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la aprobación o una remisión de su PCP. No es necesario que use un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona debe llamarnos para avisarnos sobre la atención de emergencia, por lo general, en el plazo de 48 horas. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) al número que se indica en el dorso de su tarjeta de membresía.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos servicios médicos durante los casos de emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su condición está estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para recibir atención adicional. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento. **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para verificar si el proveedor que tratará su atención médica de seguimiento se encuentra actualmente en nuestra red.** (En la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Si recibe atención de seguimiento de proveedores fuera de la red, pagará el costo compartido más alto fuera de la red.

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

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

Sin embargo, después de que el médico diga que no era una emergencia, el monto del costo compartido que usted paga dependerá de si recibe atención de proveedores de la red o fuera de la red. Si recibe atención de proveedores de la red, la parte que le corresponde de los costos por lo general será inferior a si recibe la atención de proveedores fuera de la red.

Sección 3.2 Obtenga atención cuando necesite servicios de urgencia

Los servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no constituyen una emergencia) se consideran servicios de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no se considera razonable que un proveedor de la red le preste estos servicios por cuestiones relacionadas con su tiempo, el lugar y las circunstancias. Algunos ejemplos de los servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de condiciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

¿Qué ocurre si se encuentra en el área de servicio de nuestro plan cuando necesita atención de urgencia?

En la mayoría de las situaciones, si se encuentra en el área de servicio de nuestro plan y utiliza un proveedor fuera de la red, pagará una parte mayor de los costos de su atención.

Sin embargo, si las circunstancias son inusuales o extraordinarias, y los proveedores de la red no están disponibles o no es posible comunicarse con ellos temporalmente, le permitiremos recibir servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y pagar el monto menor de los costos compartidos dentro de la red.

Puede recibir servicios de atención de urgencia en el consultorio de un médico o en un centro de atención de urgencia. Para obtener una lista de los proveedores de la red de nuestro plan, consulte el *Directorio de proveedores*. Consulte el *Directorio de proveedores* en línea en <https://providersearch.floridablue.com/>. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de atención de urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Cubrimos los servicios de emergencia y de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. La cobertura se limita a un máximo de \$25,000 combinados por año calendario y no incluye la cobertura de los servicios de transporte de emergencia.
- Nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia y de atención de urgencia, ya sea que los reciba dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que tenga que pagar el 100% de los cargos en el momento en que los servicios se presten cuando se reciben fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Luego, puede presentar sus reclamaciones para que se considere su reembolso. Se requerirán comprobantes de pago, traducciones y conversiones de monedas junto con el envío de reclamaciones. No cubrimos el transporte en ambulancia fuera de los EE. UU. y sus territorios.

Debe llamar al BlueCard Worldwide Service Center al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las indicaciones sobre proveedores internacionales), o llame con costo revertido al 1-804-673-1177 para recibir ayuda para coordinar un acuerdo de facturación con el proveedor extranjero.

Nuestro plan incluye la cobertura de servicios de urgencia en cualquier parte del mundo. Para obtener información adicional sobre la cobertura de servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos, consulte el Capítulo 4.

Sección 3.3 Obtenga atención durante un desastre

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

Visite www.floridablue.com/medicare/member para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red.

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

Si pagó más que los costos compartidos de nuestro plan por servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 5 para obtener información sobre qué hacer.

Sección 4.1 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

BlueMedicare Patriot (PPO) cubre todos los servicios médicamente necesarios, como se detalla en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre y que no son servicios de emergencia ni servicios de urgencia, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también deberá pagar el costo total del servicio que reciba después de agotar su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Además, una vez que alcance el límite de beneficios, los costos adicionales que pague por los servicios que están cubiertos por ese beneficio **no** se descontarán de ningún máximo de su bolsillo del plan.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también conocido como estudio clínico) es una manera que tienen los médicos y los científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede

seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Medicare Original paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos comunica que está en un ensayo clínico calificado, usted es responsable solo del costo compartido dentro de la red por los servicios que se realizan en ese ensayo. Si pagó más (por ejemplo, si ya pagó el monto de los costos compartidos de Medicare Original), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionarnos documentación para demostrarnos cuánto pagó.

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos lo informe ni que obtenga nuestra aprobación. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red del plan. (Esto no aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia [NCD-CED] y estudios de exención de dispositivos de investigación [IDE]. Estos beneficios también podrían estar sujetos a autorización previa y a otras reglas del plan).

Si bien no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que lo notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio que no está aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de esa participación.

Sección 5.2 Quién paga por los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Medicare Original cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio de investigación, incluidos los siguientes:

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

Después de que Medicare paga su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y el costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar la documentación

que muestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico: Supongamos que se realiza un análisis de laboratorio que cuesta \$100, como parte del estudio de investigación. Tendría que pagar \$20 como su parte de los costos para este análisis según Medicare Original, pero el análisis sería de \$10 conforme a nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Medicare Original. Debería notificar a nuestro plan que recibió un servicio de un ensayo clínico calificado y enviar la documentación (como la factura de un proveedor) al plan. Nuestro plan le pagaría \$10 directamente a usted. Esto hace que su pago neto por el análisis sea de \$10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los artículos o los servicios nuevos que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dichos artículos o servicios incluso si usted no participa en un estudio.
- Los artículos o los servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su condición médica normalmente requeriría una sola CT.
- Los patrocinadores de la investigación brindan artículos y servicios de forma gratuita para las personas que participan en el ensayo.

Obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica) de Medicare, disponible en [Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención para una condición que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos su atención en una institución religiosa de

atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención sanitaria no médica).

Sección 6.2 **Cómo obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica**

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

- Los tratamientos o la atención médica que son **no exceptuados** hacen referencia a los tratamientos o a la atención médica que son *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** es el tratamiento o la atención médica que *no* se consideran *voluntarios* o que son *obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinde atención debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se ofrecen en un centro, rigen las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención como paciente internado o en un centro de enfermería especializada.
 - *Además*, debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro o, de lo contrario, su hospitalización no tendrá cobertura.

Su estadía en una institución religiosa de atención sanitaria no médica no tendrá la cobertura de nuestro plan si no obtiene una autorización (aprobación) por adelantado de nuestro plan que esté sujeta a las mismas limitaciones de cobertura de atención como paciente internado o en un centro de atención de enfermería especializada que hubiese podido recibir de otro modo. Consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 para conocer las reglas de cobertura y la información adicional sobre los costos compartidos y las limitaciones de la cobertura de la atención hospitalaria para pacientes internados y de los centros de atención de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Reglas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No podrá quedarse con algunos equipos médicos duraderos después de haber hecho cierta cantidad de pagos en nuestro plan

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital indicados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre se queda con algunos artículos del DME, como prótesis. Otros tipos de DME se deben alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con dichos equipos después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO), no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos haga para el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.** No obtendrá la propiedad del artículo, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en virtud de Medicare Original antes de inscribirse en nuestro plan.

¿Qué sucede con los pagos que hizo por los equipos médicos duraderos si se cambia a Medicare Original?

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras era miembro de nuestro plan, deberá hacer otros 13 pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para adquirir el artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se consideran parte de estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras era miembro de nuestro plan. Luego, regresa a Medicare Original. Deberá realizar otros 13 pagos consecutivos para adquirir el artículo una vez que se una a Medicare Original de nuevo. Cualquier pago que ya haya hecho (ya sea a nuestro plan o a Medicare Original) no cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, BlueMedicare Patriot (PPO) cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para la entrega de oxígeno y contenido de oxígeno

- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si usted deja BlueMedicare Patriot (PPO) o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolverlo.

¿Qué sucede si usted deja nuestro plan y vuelve a Medicare Original?

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido aplicable del equipo de oxígeno). Después de 5 años, puede elegir quedarse con la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza de nuevo, incluso si permanece en la misma compañía, y debe pagar otra vez los copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo deja, el ciclo de 5 años vuelve a empezar.

CAPÍTULO 4:

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

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

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO). En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y se explican los límites de ciertos servicios.

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

Entre los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos, se incluyen los siguientes:

- **El copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **El coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga el coseguro en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si participa en alguno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de Medicaid o de elegibilidad para el QMB.

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

Conforme a nuestro plan, existen 2 límites diferentes sobre lo que usted debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- Su **monto máximo de gastos de bolsillo (MOOP) dentro de la red** es \$6,750. Este es el monto máximo que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibió de proveedores de la red. Los montos que paga por los copagos y los coseguros para los servicios cubiertos de proveedores de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. (Los montos que usted paga por servicios de proveedores fuera de la red no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si paga \$6,750 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no tendrá costos que paga de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores dentro de nuestra red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).
- El **monto máximo combinado que paga de su bolsillo es de \$10,100**. Este es el monto máximo que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que recibió de proveedores dentro de la red y fuera de la red. Los montos que paga por los deducibles, los copagos y los coseguros por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos). Si paga \$10,100 por los servicios cubiertos, tendrá cobertura del 100% y no deberá pagar ningún costo que paga de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo cual se denomina **facturación del saldo**. Esta protección aplica incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior a lo que el proveedor cobra por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación del saldo.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red. Por lo general, tendrá copagos más altos cuando reciba atención de proveedores fuera de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor, como en los siguientes casos:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (lo que está determinado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos

En la Tabla de beneficios médicos que figura en las páginas siguientes se indican los servicios que cubre BlueMedicare Patriot (PPO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- En el caso de las nuevas personas inscritas, el plan de atención coordinada MA debe proporcionar un período de transición de 90 días como mínimo. Durante este tiempo, el nuevo plan MA no podrá exigir una autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.

- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen la aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa).
 - Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado para recibir cobertura como servicios dentro de la red están marcados **en negrita** en la Tabla de beneficios médicos.
 - Nunca necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
 - Si bien no necesita aprobación por adelantado para los servicios fuera de la red, usted o su médico pueden solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.
- Si su plan de atención coordinada otorga la aprobación de una solicitud de autorización previa para un curso de tratamiento, la aprobación debe ser válida por el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, sus antecedentes médicos y la recomendación del proveedor tratante.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido es un porcentaje del coseguro, el monto que usted paga depende del tipo de proveedor que le brinde los servicios:
 - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En el caso de otros, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual *Medicare y Usted 2027*. Puede verlo en línea en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o se realiza un control debido a una condición médica existente durante la visita en la que recibe

el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha condición médica.

- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico (PA), enfermero especializado (NP) o enfermero clínico especializado (CNS).	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias: A efectos de este beneficio, al dolor lumbar crónico se lo define de la siguiente manera: • Aquel que tiene una duración de 12 semanas o más. • Aquel que no es específico, es decir, no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • Aquel que no se relaciona con una cirugía. • Aquel que no está asociado con un embarazo.	SOLO para servicios de acupuntura: Se requiere revisión de la necesidad médica para más de 12 visitas, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$20 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) Se cubrirán 8 sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso. Requisitos de proveedores: Los médicos pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los auxiliares médicos (PA), los enfermeros especializados (NP) o los enfermeros clínicos especializados (CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y si tienen lo siguiente: • un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una institución acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o del Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras regulaciones.	Fuera de la red 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro adecuado más cercano que pueda brindarle atención al miembro si su condición médica requiere este tipo de medio de transporte para no poner en riesgo su salud o si está autorizado por el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. Si se llama a una ambulancia y se rechaza el traslado en ambulancia, los servicios facturados no estarán cubiertos.	Excepto para la atención de emergencia, es posible que se requiera una autorización previa para los servicios de ambulancia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Ambulancia terrestre Copago de \$0 por el traslado de un centro a otro en ambulancia terrestre Copago de \$275 por viaje de ida o vuelta Ambulancia aérea Coseguro del 20% por viaje de ida o vuelta <u>Fuera de la red</u> Ambulancia terrestre Copago de \$275 por el traslado de un centro a otro en ambulancia terrestre Copago de \$275 por viaje de ida o vuelta Ambulancia aérea 20% del costo total por viaje de ida o vuelta

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Esto tiene cobertura una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una visita de <i>Bienvenido a Medicare</i> para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. Es posible que no reciba una visita de bienestar anual brindada por un OB/GYN y otra brindada por su proveedor elegido (POC) en un período de 12 meses. Florida Blue ha elegido extender este beneficio para que se ofrezca una vez por año calendario incluso si es dentro de los 12 meses de su última visita. Nuestro plan solo cubre atención preventiva aceptada por Medicare según lo estipulado por el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Para la atención médica de rutina de la mujer, Medicare cubre exámenes de las mamas, mamografías de detección, pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos. Nuestro plan no cubre todos los demás servicios físicos o preventivos de rutina que no están especificados como cubiertos por Medicare, incluidos los exámenes físicos de rutina de un OB/GYN.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar. Fuera de la red 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea (incluye la lectura de los resultados por parte del médico).	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
 Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses Nota: Las pruebas de diagnóstico resultantes de un examen de detección de cáncer de mama (mamografías), o realizadas junto con mamografías (como las ecografías de mamas), están sujetas a los montos de costos compartidos correspondientes. Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios en la Tabla de beneficios para obtener más información.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con determinadas condiciones con una orden del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses. • Cirugía de revascularización coronaria. • Angina de pecho estable (dolor en el pecho). • Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas. • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria obstruida) o colocación de un stent coronario (un procedimiento que se usa para mantener una arteria abierta). • Trasplante de corazón o corazón y pulmón. • Insuficiencia cardíaca crónica estable. Limitaciones de la cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que se pueden distribuir durante un período de tiempo más largo.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$35 por las visitas de rehabilitación cardíaca cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios. Copago de \$50 por las visitas de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir la presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento del comportamiento intensivo de enfermedades cardiovasculares. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
 Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres. • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación vertebral. Nota: No se cubren las visitas al consultorio, las modalidades terapéuticas (es decir, fisioterapia) ni las radiografías realizadas o solicitadas por un quiropráctico.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$15 por cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
 Prueba de detección de cáncer colorrectal Cubrimos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene limitación de edad mínima ni máxima y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no son de alto riesgo, o a los 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible para pacientes que no corren un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare. Si durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido, la prueba de detección se convierte en un examen de diagnóstico y sujeto a copago.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) - La colonografía por tomografía computarizada tiene cobertura para pacientes de 45 años o más que no corren un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y si han pasado al menos 59 meses del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o 47 meses del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se cubre una colonografía por tomografía computarizada de detección si se realiza después de que hayan pasado al menos 23 meses del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. - Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no sean de alto riesgo después de que se les haya realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. - Prueba de sangre oculta en las heces fecales para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. - Pruebas de ADN en heces de objetivos múltiples para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. - Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad, que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. - Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección subsiguiente después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	<u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por una prueba de detección de cáncer colorrectal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección o una colonoscopia de detección que implique la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de dicha prueba y en el mismo encuentro clínico que esta.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Medicare Original. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, en especial, cuando dicho servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica primaria de una persona. Algunos ejemplos son la reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones dentales que se realizan como preparación para un tratamiento con radiación contra un cáncer que afecta la mandíbula, o exámenes bucales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos la atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugías de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para la aplicación de radioterapia a causa de una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico) para servicios dentales cubiertos por Medicare.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$55 por la atención dental que no es de rutina cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales* (beneficios adicionales) También cubrimos otros suministros y servicios dentales complementarios que no cubre Medicare.	Este plan cubre servicios dentales complementarios adicionales. Consulte la descripción de los servicios dentales complementarios al final de esta Tabla de beneficios para obtener más información.
 Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento o remisiones.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para una visita anual para la prueba de detección de depresión. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
 Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de triglicéridos y colesterol anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Puede ser elegible para hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación sobre la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par por año calendario de zapatos terapéuticos a medida (con los zapatos se incluyen las plantillas) y 2 pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas (con los zapatos no se incluyen las plantillas extraíbles que no están hechas a medida), e incluye el ajuste. • Capacitación sobre la autogestión de la diabetes en determinadas condiciones. • Aviso importante: La cobertura de todos los artículos y suministros de DME médicamente necesarios está cubierta por nuestro plan y puede requerir la coordinación del plan o de nuestro proveedor de DME contratado. • Florida Blue Medicare cubre medidores de glucosa, lancetas, insulina para uso en una bomba y tiras reactivas como parte de su beneficio médico (Parte B de Medicare). • La insulina para uso con bomba ÚNICAMENTE puede obtenerse en una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare, no a través de DME. • Los medidores de glucosa y las tiras reactivas Abbott (p. ej., Freestyle Lite) y Ascencia (Contour®) se pueden obtener SOLO de una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare, no a través de DME.	<u>Dentro de la red</u> Marcas preferidas de glucómetros y suministros: Coseguro del 0% por medidores de glucosa, tiras reactivas y lancetas de Abbott (p. ej., Freestyle Lite) y Ascencia (Contour®). Marcas no preferidas de glucómetros y suministros: Coseguro del 20% Todos los demás, como LifeScan (OneTouch), pueden requerir autorización previa. Glucómetros, tiras reactivas y lancetas. Marcas preferidas de monitores continuos de glucosa: Coseguro del 0% por monitores continuos de glucosa (CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación sobre la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) Florida Blue Medicare proporciona la cobertura de monitores continuos de glucosa (CGM) y suministros médicamente necesarios. Las marcas preferidas, como Freestyle Libre y Dexcom, no requieren autorización previa, mientras que las marcas no preferidas requieren autorización previa. - Los CGM pueden obtenerse a través de una farmacia de pedido por correo o farmacia minorista contratada. - El surtido inicial de un CGM o insulina cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de DME participante. - Puede obtener resurtidos adicionales a través de su farmacia minorista contratada o farmacia de pedido por correo. Nota importante: Es posible que la cobertura de suministros y artículos de DME necesite una coordinación de Florida Blue Medicare o de nuestro proveedor de DME contratado.	Marcas no preferidas de monitores continuos de glucosa: Coseguro del 20% por monitores continuos de glucosa (CGM) de marcas no preferidas. Todos los demás, como MiniMed CGM, pueden requerir autorización previa. Copago de \$0 por plantillas y zapatos terapéuticos para personas con diabetes. Copago de \$0 por capacitación para la autogestión de la diabetes. Coseguro del 20% por medicamentos administrados mediante el uso de una bomba de DME cubierta (NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Capacitación sobre la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)	No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido. Fuera de la red 50% del costo total por capacitación sobre la autogestión de la diabetes 50% del costo total por monitores continuos de glucosa (CGM), servicios y suministros para la diabetes 50% del costo total por zapatos y plantillas terapéuticos para personas con diabetes 50% del costo total por medicamentos administrados mediante el uso de una bomba de DME

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para conocer la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3). Algunos de los artículos cubiertos son, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en: https://providersearch.floridablue.com/. - Es posible que la cobertura de los suministros y artículos de DME médicamente necesarios necesite coordinación con nuestro proveedor de DME. - También cubrimos la insulina cuando se utiliza en una bomba de infusión como parte de su beneficio de DME. Florida Blue Medicare proporciona la cobertura de monitores continuos de glucosa (CGM) y suministros médicamente necesarios. Las marcas preferidas, como Freestyle Libre y Dexcom, no requieren autorización previa, mientras que las marcas no preferidas requieren autorización previa. - Los CGM pueden obtenerse a través de una farmacia de pedido por correo o farmacia minorista contratada.	Es posible que se requiera una autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de un coseguro mensual del 20%. Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses. Si realizó un pago de alquiler de 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno antes de inscribirse en BlueMedicare Patriot (PPO), su costo compartido en BlueMedicare Patriot (PPO) es un coseguro del 20%. Coseguro del 20% para los equipos médicos duraderos aprobados por el plan y cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% por todas las sillas de ruedas motorizadas y los escúteres eléctricos aprobados por el plan y cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) - El surtido inicial de un CGM o insulina cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor de DME participante. - Puede obtener resurtidos adicionales a través de su farmacia minorista contratada o farmacia de pedido por correo. Nota: Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda para encontrar una farmacia minorista contratada.	Coseguro del 20% por medicamentos administrados mediante el uso de una bomba de DME cubierta. Coseguro del 20% por suministros médicos. Coseguro del 20% por dispositivos protésicos cubiertos por Medicare, suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos (NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros). Marcas preferidas de glucómetros y suministros: Coseguro del 0% por medidores de glucosa, tiras reactivas y lancetas de Abbott (p. ej., Freestyle Lite) y Ascensia (Contour®).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)	Marcas no preferidas de glucómetros y suministros: Coseguro del 20% Todos los demás, como LifeScan (OneTouch), pueden requerir autorización previa. Glucómetros, tiras reactivas y lancetas. Marcas preferidas de monitores continuos de glucosa: Coseguro del 0% por monitores continuos de glucosa (CGM), como Freestyle Libre y Dexcom, y suministros. Marcas no preferidas de monitores continuos de glucosa: Coseguro del 20% por monitores continuos de glucosa (CGM) de marcas no preferidas. Todos los demás, como MiniMed CGM, pueden requerir autorización previa. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a servicios con las siguientes características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que se agrava rápidamente. El costo compartido para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. Consulte también el apartado “Servicios de urgencia”.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$130 por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. No deberá pagar el copago si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas luego de haber recibido tales servicios. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su condición de emergencia se estabilice, debe cambiarse a un hospital de la red para pagar el monto del costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía después de ser estabilizado. Si se queda en un hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero usted pagará el monto de costo compartido fuera de la red para la parte de su estadía después de estabilizarse.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia (en todo el mundo) Excepto para transporte de emergencia en todo el mundo, nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia, ya sea que los reciba dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que tenga que pagar el 100% de los cargos en el momento en que los servicios se presten cuando se reciben fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Luego, puede presentar sus reclamaciones para que se considere su reembolso. Se requerirán comprobantes de pago, traducciones y conversiones de monedas junto con el envío de reclamaciones. No cubrimos el transporte en ambulancia fuera de los EE. UU. y sus territorios. Debe llamar al BlueCard Worldwide Service Center al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las indicaciones sobre proveedores internacionales), o llame con costo revertido al 1-804-673-1177 para recibir ayuda para coordinar un acuerdo de facturación con el proveedor extranjero.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$130 por los servicios de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. No deberá pagar el copago si lo ingresan en el hospital en un plazo de 48 horas luego de haber recibido tales servicios. Los beneficios de atención de emergencia y atención de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limitan a un máximo combinado de \$25,000 por año calendario y no incluyen la cobertura de servicios de transporte de emergencia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programas educativos sobre salud y bienestar Nuestro plan cubre los siguientes beneficios de educación sobre salud y bienestar: SilverSneakers - El Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers® de Tivity Health está diseñado exclusivamente para beneficiarios de Medicare. Los miembros elegibles reciben una membresía básica de acondicionamiento físico con acceso a comodidades y clases de acondicionamiento físico, incluidas las clases de SilverSneakers diseñadas para mejorar la fuerza y resistencia muscular, la movilidad, la flexibilidad, el rango de movimiento, el equilibrio, la agilidad y la coordinación. Para obtener más información y encontrar un centro participante de SilverSneakers, visite el sitio web silversneakers.com o llame al 1-888-313-5709 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., ET. - Como alternativa para los miembros que no pueden ir a un centro participante de SilverSneakers, el kit SilverSneakers Steps está disponible. El kit SilverSneakers Steps es un programa de actividad física autodirigida que les permite a los miembros medir, registrar e incrementar la actividad física que elijan. El kit Steps proporciona el equipo, las herramientas y la motivación necesarios para que los miembros logren un estilo de vida más saludable mediante un aumento de la actividad física. Los miembros elegibles del plan pueden inscribirse para recibir el kit SilverSneakers Steps en silversneakers.com/member.	<u>Dentro de la red</u> No hay ningún costo para usted por participar en nuestro Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers. La cobertura se limita a los servicios de proveedores aprobados por el plan. <u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos facturados y presentar el recibo detallado para el reembolso del 10% de los cargos facturados. El miembro es responsable de todos los montos que superen el monto del beneficio reembolsable.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación) El plan permite a los miembros utilizar su beneficio de acondicionamiento físico fuera de la red en condiciones limitadas. Estas condiciones incluyen: el acceso al nivel de membresía de menor costo en gimnasios y centros de acondicionamiento físico establecidos, así como clases grupales de acondicionamiento físico dirigidas en vivo por un instructor y diseñadas para personas mayores. Para obtener más información sobre las ubicaciones elegibles, visite el sitio web silversneakers.com o llame al 1-888-313-5709 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., ET.	
Servicios de audición Las evaluaciones de audición de diagnóstico y equilibrio que realiza su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención para paciente ambulatorio cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$55 por servicios de audición cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
Servicios de audición* (beneficios adicionales) También cubrimos los siguientes servicios de audición adicionales no cubiertos por Medicare: Examen de audición de rutina: un examen por año	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 <u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar recibos para obtener un reembolso del 50% del monto máximo permitido

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición* (beneficios adicionales) (continuación) Evaluación y ajuste de audífonos: una evaluación o ajuste de audífonos por año Audífonos: hasta 2 audífonos por año. Los servicios de audición adicionales se deben obtener a través de nuestro proveedor participante contratado para que estén cubiertos en el beneficio dentro de la red. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más ayuda. Las compras de audífonos incluyen lo siguiente: • 3 visitas de seguimiento dentro del primer año de la fecha de ajuste inicial con el proveedor original. • Período de prueba de 60 días desde la fecha de ajuste. • 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años. Únicamente para audífonos no recargables). • Garantía de reparación del fabricante de 3 años.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 <u>Fuera de la red</u> El miembro debe presentar recibos para obtener un reembolso del 50% del monto máximo permitido <u>Dentro de la red</u> <u>Nivel de tecnología: Copago por audífono</u> ◦ Inicial: \$350.00 por dispositivo ◦ Básico: \$525.00 por dispositivo ◦ Prime: \$825.00 por dispositivo ◦ Preferido: \$1,125.00 por dispositivo

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición* (beneficios adicionales) (continuación) - Cobertura de reemplazo por 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono). - Primer conjunto de moldes de oídos (cuando sea necesario). Los montos que paga por estos servicios y suministros adicionales de atención de la audición no cuentan para el monto máximo de los costos que paga de su bolsillo dentro de la red. Los beneficios no se pueden trasladar al siguiente año de beneficios.	- Avanzado: \$1,425.00 por dispositivo - Prima: \$1,825.00 por dispositivo Sujeto al beneficio máximo. El miembro debe pagar cualquier monto una vez que se haya aplicado el beneficio máximo. Fuera de la red El miembro debe presentar recibos para obtener un reembolso del 50% del monto máximo permitido para 2 audífonos por año. Sujeto al beneficio máximo.
 Prueba de detección del VIH Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o tienen un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: - Una prueba de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: - Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo	Dentro de la red No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare. Fuera de la red 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita estos servicios y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio de forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipos y suministros médicos.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare (incluidos los servicios de infusión a domicilio, pero con exclusión de los medicamentos de infusión). <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales o inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitaciones y educación para pacientes que no están cubiertos de otra manera por el beneficio del equipo médico duradero.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por cada servicio de infusión en el hogar de Avastin o inyecciones para alergias más cualquier copago aplicable según la ubicación del servicio. Coseguro de hasta el 20% por medicamentos de quimioterapia, medicamentos de infusión y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento de infusión en el hogar (continuación) - Supervisión remota. - Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos para infusión en el hogar que brinde un proveedor calificado para este tipo de tratamiento.	<i>(NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare [excepto en el caso de las inyecciones para alergias], solo dentro de la red.</i> <i>Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Puede consultar una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare sujetos a los requisitos de tratamiento escalonado en nuestro sitio web: https://www.floridablue.com/providers/medical-pharmacy-info/part-b-step-therapy. También puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar qué medicamentos de la Parte B tienen estos requisitos [en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono]).</i> <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados paliativos Usted es elegible para acceder al beneficio de servicios de cuidados paliativos si su médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de brindarle ayuda para encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando es admitido en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, deberá seguir pagando las primas del plan. Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubre. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Medicare Original, no BlueMedicare Patriot (PPO), paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. <u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$0 por consulta médica para la elección de servicios de cuidados paliativos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados paliativos (continuación) En el caso de los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y si sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa). • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo pagará el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde de los costos de los servicios cubiertos podría ser mayor. En el caso de los servicios cubiertos por BlueMedicare Patriot (PPO), pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare: BlueMedicare Patriot (PPO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que se relacionen o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Nota: Si necesita atención que no sea de cuidados paliativos (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre los servicios de consulta de cuidados paliativos (una sola vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de cuidados paliativos.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Vacunación Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez en cada temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra condición que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare.	Dentro de la red No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19. Fuera de la red 50% del costo total.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. No hay límite de cantidad de días de hospitalización cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).	Es posible que se requiera una autorización previa para la atención hospitalaria que no sea de emergencia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada estadía en el hospital. Los costos compartidos también aplicarán si lo vuelven a ingresar en el hospital por la misma condición.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes internados.	Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la condición que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. <u>Dentro de la red</u> Días 1 al 7: copago de \$385 por día por estadía cubierta por Medicare. No se le cobrará un copago por el día del alta. Después del día 7, el plan paga el 100% de los gastos cubiertos. Si obtiene <i>autorización</i> para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la condición que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca, siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si BlueMedicare Patriot PPO presta servicios de trasplante en un lugar que se encuentra fuera del patrón de atención de su comunidad y usted decide recibir el trasplante en ese lugar, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. El reembolso por viaje y alojamiento requiere un mínimo de 100 millas por trayecto hasta el centro de trasplante y se limita a \$10,000 por trasplante. Puede encontrar detalles adicionales sobre el trasplante, los viajes y el alojamiento en su cuenta de miembro en línea, a la que puede acceder en FloridaBlue.com/Medicare, y luego haga clic en “Log In” (Iniciar sesión). Haga clic en su nombre en la esquina superior derecha de la pantalla y seleccione “Documents & Forms” (Documentos y formularios) en el menú desplegable > “Plan Documents & Forms” (Documentos y formularios del plan) > “Medicare Transplants Lodging and Transportation related expenses” (Gastos relacionados con el alojamiento y el transporte para trasplantes de Medicare). Consulte la Sección 3 del Capítulo 4, “Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)” para obtener más detalles.	Copago de \$0 por los servicios hematológicos, incluido el almacenamiento y la administración. Fuera de la red 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) - Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. - Servicios médicos. Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe emitir una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un <i>paciente ambulatorio</i>. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. - Medicare limita hasta un máximo de 190 días los servicios de salud mental cubiertos para pacientes internados que se proporcionan en un hospital psiquiátrico. Estos 190 días se denominan “límite de por vida”. - El límite de 190 días de por vida no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	Es posible que se requiera autorización previa para la atención de salud mental para pacientes internados que no sea de emergencia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación) Nuestro plan cubre 90 días de servicios de atención médica de salud mental para pacientes internados por admisión. También cubrimos 60 días adicionales durante su vida. Estos se llaman “días de reserva de por vida”. Si necesita más de 90 días de atención médica de salud mental para pacientes internados, puede usar sus días de reserva de por vida. Una vez que se hayan utilizado todos estos días de reserva de por vida, su cobertura de atención médica de salud mental para pacientes internados se limitará a 90 días por admisión.	Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada estadía en el hospital. Los costos compartidos también aplicarán si lo vuelven a ingresar en el hospital por la misma condición. <u>Dentro de la red</u> Días 1 al 6: \$350 por día (por estadía cubierta por Medicare). No se le cobrará un copago por el día del alta. Días 7 al 90: \$0 por día (por estadía cubierta por Medicare). Días de reserva de por vida: Nuestro plan paga el 100% de los gastos cubiertos. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha usado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en un centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Cuando la hospitalización deja de tener cobertura, usted paga el costo compartido aplicable de los demás servicios como si se hubieran proporcionado de forma ambulatoria, como se describe en toda la Tabla de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Tratamiento médico nutricional Este beneficio es para personas con diabetes o enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis), o después de un trasplante cuando el médico así lo indique. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personalizados durante el primer año que recibe servicios de terapia nutricional médica en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original) y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, puede recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años, si hay que continuar el tratamiento en el siguiente año calendario.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
 Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP están cubiertos para las personas elegibles en virtud de todos los planes de salud de Medicare El MDPP es una intervención estructurada para cambios del comportamiento de la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimenticios a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos con el fin de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare La Parte B de Medicare Original cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando usted recibe los servicios de un médico, los servicios de un hospital para pacientes ambulatorios o los servicios de un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina que se proporciona a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipos médicos duraderos (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (de nombre genérico lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento, lo que podría aumentar los costos generales. Hable con su médico acerca de las exploraciones y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A al momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B al momento de obtener los medicamentos inmunodepresores. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.	Es posible que se requiera una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare (excepto en el caso de las inyecciones para alergias), solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Puede consultar una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare sujetos a los requisitos de tratamiento escalonado en nuestro sitio web: https://www.floridablue.com/providers/medical-pharmacy-info/part-b-step-therapy. También puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar qué medicamentos de la Parte B tienen estos requisitos (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) - Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. - Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento del medicamento inyectable (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). - Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que usted usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas después de la quimioterapia, o se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso para las náuseas. - Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos en virtud de la Parte B de Medicare. - Medicamentos calcimiméticos y aglutinante de fosfatos en el marco del sistema de pago para la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. - Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, que incluyen la heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y los anestésicos tópicos. - Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras condiciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta).	<i>El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de copago de \$35 para el suministro de insulina de un mes.</i> <u>Dentro de la red</u> - Coseguro del 0% para Avastin® (bevacizumab) para inyecciones oculares. - Coseguro del 0% para sueros de antígenos para alergias cubiertos por Medicare. - Coseguro de hasta el 20% por medicamentos de quimioterapia, medicamentos de infusión y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. También pagará costos compartidos por los servicios profesionales asociados prestados en el consultorio del médico o en un centro para pacientes ambulatorios, según la ubicación del servicio (excepto los medicamentos de quimioterapia)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento domiciliario de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). El siguiente enlace lo dirigirá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a un tratamiento escalonado: https://www.floridablue.com/providers/medical-pharmacy-info/part-b-step-therapy También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B.	Excepción: Las hospitalizaciones cubiertas por Medicare solo están sujetas al copago diario. Todos los medicamentos de la Parte B de Medicare están incluidos, excepto los medicamentos aprobados para la autoadministración. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
 Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su médico o profesional de atención primaria.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios del Programa de Tratamiento por el Consumo de Opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura para tratar dicho trastorno mediante un Programa de Tratamiento por el Consumo de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. para el tratamiento asistido por medicamentos (MAT) • Suministro y administración de medicamentos MAT (si corresponde). • Asesoramiento para trastorno por consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Análisis de toxicología. • Actividades de admisión. • Evaluaciones periódicas.	Puede requerirse una autorización previa para los servicios que no sean de emergencia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$40 por cada sesión cubierta por Medicare <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Pruebas de laboratorio. • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> <i>Servicios profesionales y de proveedores</i> • Consultorio del médico: copago de \$0 • Especialista: copago de \$55

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación) • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como CT, MRI, EKG y PET cuando su médico u otro proveedor de cuidados médicos las solicite para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias, incluidos los servicios avanzados de diagnóstico por imágenes (p. ej., imágenes por resonancia magnética [MRI], angiografía por resonancia magnética [MRA], tomografía por emisión de positrones [PET], tomografía computarizada [CT] y pruebas de medicina nuclear).	Radiografías • Consultorio del médico: copago de \$15 • Centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF): copago de \$15 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$150 Radioterapia • Coseguro del 20% Servicios hematológicos (incluido el almacenamiento y la administración) • Copago de \$0 Procedimientos y pruebas de diagnóstico • Copago de \$75 Pruebas de alergia • Copago de \$0

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)	Servicios de laboratorio - Laboratorio clínico independiente (ICL): copago de \$0 - Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$40 Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes - Consultorio del médico: copago de \$75 - IDTF: copago de \$100 - Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de \$250 - Ecografía de diagnóstico: copago de \$0 Fuera de la red 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta. Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se brindan a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, pregúntele al personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja informativa de Medicare <i>Beneficios hospitalarios de Medicare</i> disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Dentro de la red Copago de \$130 por servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios. Fuera de la red 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Cubrimos los servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente internado podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. Nota: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro y fuera de la red</u> <i>Servicios de emergencia</i> Copago de \$130 <i>Servicios de diálisis</i> Coseguro del 20% <u>Dentro de la red</u> <i>Servicios médicos</i> Copago de \$0 por una visita al consultorio de un proveedor elegido en una clínica profesional operada por un centro Copago de \$55 por visita al consultorio de un especialista en una clínica profesional operada por un centro <i>Servicios de observación</i> Copago de \$130 <i>Servicios de radiografía</i> Copago de \$150 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	Radioterapia Coseguro del 20% en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Servicios de laboratorio Copago de \$40 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Servicios avanzados de diagnóstico por imágenes Copago de \$250 Ecografía de diagnóstico Copago de \$0 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Copago de \$50 Medicamentos de quimioterapia, medicamentos de infusión y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare Coseguro del 20% en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	Avastin® (bevacizumab) para inyecciones oculares e inyecciones para la alergia Coseguro del 0% en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Rehabilitación cardíaca Copago de \$35 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Rehabilitación cardíaca intensiva Copago de \$50 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Rehabilitación pulmonar Copago de \$15 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Procedimientos y pruebas de diagnóstico Copago de \$75 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Copago de \$0 por pruebas de alergia

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	Servicios de salud mental Copago de \$40 por sesión individual en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Copago de \$30 por sesión grupal en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Fisioterapia Copago de \$40 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Terapia linfática Copago de \$0 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Terapia del habla Copago de \$40 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Terapia ocupacional Copago de \$40 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Terapia de ejercicios supervisados (SET) Copago de \$25 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)	<i>Servicios para trastornos por consumo de sustancias</i> Copago de \$40 por sesión individual en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios Copago de \$30 por sesión grupal en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico (CSW), un enfermero clínico especializado (CNS), un consejero profesional certificado (LPC), un terapeuta certificado especializado en matrimonio y familia (LMFT), un enfermero especializado (NP), un auxiliar médico (PA) u otro profesional de cuidado de salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales aplicables.	Puede requerirse una autorización previa para los servicios que no sean de emergencia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$30 por cada sesión grupal cubierta por Medicare Copago de \$40 por cada sesión individual cubierta por Medicare <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> • Copago de \$40 por terapia ocupacional en todos los centros de servicio • Copago de \$40 por fisioterapia en todos los centros de servicio • Copago de \$40 por terapia del habla en todos los centros de servicio • Copago de \$0 por el tratamiento del linfedema en todos los centros de servicio <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios Servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias que se proporcionan en el hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias o que requieren tratamiento, pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno hospitalizado.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$30 por cada sesión grupal cubierta por Medicare Copago de \$40 por cada sesión individual cubierta por Medicare <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por cada visita de terapia individual o grupal.
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será considerado un paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor haga un pedido para admitirlo como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costo compartido para cirugía ambulatoria. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios brindados en centros hospitalarios y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$300 por cada visita cubierta por Medicare a un centro quirúrgico ambulatorio. Copago de \$350 por cada visita cubierta por Medicare a un centro hospitalario ambulatorio. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
Artículos de venta libre (OTC)	Cada tres meses, recibirá una asignación de beneficios de \$50 para la compra de artículos elegibles. El monto de la asignación no utilizado o restante se anulará y no se transfiere al trimestre siguiente. Obtendrá más información sobre este beneficio, incluidas las instrucciones para usarlo. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por la asignación de productos de venta libre. <u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos y presentar el recibo detallado para el reembolso del 50% del monto permitido dentro de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios <i>La hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios, o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención que usted recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta certificado especializado en matrimonio y familia (LMFT) o consejero profesional certificado, y es una alternativa a la hospitalización. <i>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de salud del comportamiento (mental) que se proporciona en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud con calificación federal o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta certificado especializado en matrimonio y familia (LMFT) o consejero profesional certificado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Puede requerirse una autorización previa para los servicios que no sean de emergencia, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$50 por hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación. - Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. - Exámenes de audición básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.	<u>Dentro de la red</u> <i>Visitas al consultorio</i> Copago de \$0 por visitas al consultorio de un proveedor elegido. Copago de \$55 por visitas al consultorio de especialistas.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Atención primaria y de urgencia, dermatología, salud del comportamiento (incluidos tratamientos por el consumo de opioides y servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios), terapia en el hogar (incluye terapia del habla, ocupacional y fisioterapia), servicios nutricionales y dietéticos. ◦ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita presencial o por telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe acudir a un proveedor de la red que ofrezca los servicios por este medio. ◦ Debe usar uno de nuestros proveedores preferidos o un proveedor aprobado por el plan. Consulte la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios para obtener más información. • Algunos servicios de telesalud, incluidos la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional de la salud para pacientes en ciertas áreas rurales y otros lugares aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con la enfermedad renal terminal para miembros que reciben diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de un accidente cerebrovascular, sin importar su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con trastornos por abuso de sustancias o coocurrencia de trastornos de salud mental, sin importar su ubicación.	<i>NOTA: Las pruebas de laboratorio y las pruebas de diagnóstico en el consultorio de un POC o de un especialista se incluyen como parte del copago aplicable para las visitas al consultorio.</i> Copago de \$0 por todos los demás servicios profesionales no especificados en esta tabla. Servicios de audición cubiertos por Medicare Copago de \$55 por servicios de audición cubiertos por Medicare. Servicios dentales cubiertos por Medicare Copago de \$55 por la atención dental que no es de rutina cubierta por Medicare (NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.)

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) - Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental. - Servicios de telesalud para visitas de salud mental brindadas por clínicas de salud rurales y centros de salud con calificación federal. - Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con su médico de 5 a 10 minutos si cumple con las siguientes condiciones: - No es un paciente nuevo, y - El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y - El control no requiere una visita al consultorio en 24 horas o en la cita más próxima disponible. - Evaluación de videos o imágenes que haya enviado a su médico, e interpretación y seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas si se cumple con las siguientes condiciones: - No es un paciente nuevo, y - La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y - La evaluación no requiere una visita al consultorio en 24 horas o en la cita más próxima disponible. - Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. - Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. - Atención dental que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reducción de fracturas de mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los brindara un médico). - Servicios de telesalud proporcionados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y del lenguaje (SLP) y audiólogos calificados.	Quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare Los medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos a los costos compartidos del medicamento correspondientes más cualquier copago correspondiente por servicios profesionales para administrar el medicamento, según la ubicación del servicio (excepto los medicamentos de quimioterapia). Coseguro del 0% para inyecciones para alergias cubiertos por Medicare. Coseguro del 0% para Avastin® (bevacizumab) para inyecciones oculares. Coseguro de hasta el 20% por medicamentos de quimioterapia, medicamentos de infusión y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) • Inyecciones para alergias, quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare. • Radiografías. Nota: Un médico de atención primaria es un profesional de práctica general, un médico de familia, un médico de medicina interna, un geriatra o un pediatra. Se considera que todos los demás médicos son especialistas.	(NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare [excepto en el caso de las inyecciones para alergias], solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Algunos medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Puede consultar una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare sujetos a los requisitos de tratamiento escalonado en nuestro sitio web: https://www.floridablue.com/providers/medical-pharmacyinfo/part-b-step-therapy. También puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar qué medicamentos de la Parte B tienen estos requisitos (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)	<u>Dentro y fuera de la red</u> <i>Servicios profesionales prestados en el centro</i> Copago de \$0 por servicios profesionales prestados en un centro, cuando el costo compartido se aplica a la factura del centro por el mismo servicio. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por visitas al consultorio del proveedor elegido. 50% del costo total por visitas al consultorio de especialistas. <i>Servicios de audición cubiertos por Medicare</i> 50% del costo total <i>Servicios dentales cubiertos por Medicare</i> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)	<i>Inyecciones para alergias, quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</i> Los medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos a los costos compartidos del medicamento correspondientes más cualquier copago correspondiente por servicios profesionales para administrar el medicamento, según la ubicación del servicio (excepto los medicamentos de quimioterapia). 50% del costo total
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas condiciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$35 por cada visita a un podólogo cubierto por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene el VIH, pero su médico u otro profesional de la salud determina que tiene un mayor riesgo de contraer el VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para la PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo por inyectar el medicamento, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen la evaluación del riesgo del VIH, la reducción del riesgo del VIH y la adherencia a los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	<u>Dentro de la red</u> No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio de la PrEP. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
 Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal digital • Análisis del antígeno prostático específico (PSA) Nota: Las pruebas de diagnóstico resultantes de los exámenes de detección de cáncer de próstata están sujetas a los montos de costos compartidos correspondientes. Consulte Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios en la Tabla de beneficios para obtener más información.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortésicos; así como bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, soportes, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la eliminación de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte <i>Atención de la vista</i> más adelante en esta tabla).	Es posible que se requiera una autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Las órtesis se incluyen en esta categoría. <u>Dentro de la red</u> Coseguro del 20% por dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare, suministros relacionados con dispositivos prostéticos y órtesis. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$15 para visitas de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presenciales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y los servicios de asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son los siguientes: personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de tabaquismo de, al menos, 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que la haya brindado un médico o un profesional no médico calificado.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) (continuación) <i>Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de una prueba de detección inicial con una LDCT: los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier visita apropiada. Si el médico o el profesional no médico calificado deciden ofrecer una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la detección de cáncer de pulmón para futuras pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales casos.</i>	
 Prueba de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones: • Corre un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas ilícitas inyectables. • Le realizaron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si usted nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos una prueba de detección una vez. Si corre un alto riesgo (por ejemplo, si ha continuado consumiendo drogas ilícitas inyectables desde su resultado negativo en su prueba de detección de la hepatitis C anterior), cubrimos las pruebas de detección anuales.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones presenciales superintensivas de asesoramiento del comportamiento de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como en el consultorio de un médico.	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios de diálisis y enfermedades renales incluyen lo siguiente: Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en la etapa IV, cuando son remitidas por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal en toda la vida.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Coseguro del 20% por los servicios de diálisis en todos los lugares de servicio. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 por los servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)	
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).	<u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por servicios educativos sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte los medicamentos de la Parte B de Medicare en esta tabla.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 10. Los centros de atención de enfermería especializada suelen llamarse SNF). La cobertura está limitada a 100 días por período de beneficios. No se requiere hospitalización previa. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos que se le administran como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente brindan los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente brindan los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente brindan los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente brindan los SNF. • Servicios de médicos o profesionales.	Es posible que se necesite autorización previa para todas las admisiones como paciente internado a centros de enfermería especializada, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Dentro de la red Días 1 al 20: \$0 por día (por período de beneficios). Días 21 al 100: \$221 por día (por período de beneficios). Copago de \$0 por los servicios hematológicos, incluido el almacenamiento y la administración. Un “período de beneficios” comienza el día en que ingresa a un SNF. Finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin hospitalización. Si ingresa en un SNF después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación) Por lo general, recibe atención de SNF de centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más adelante, es posible que deba pagar el costo compartido dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un hogar de convalecencia o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que se retire del hospital.	<u>Fuera de la red</u> 50% del costo total
 Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de abandono del tabaquismo por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones por año).	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET) La SET está cubierta para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tengan una remisión para la PAD del médico responsable del tratamiento de la enfermedad. La cobertura incluye hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas, siempre y cuando se cumplan los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe tener las siguientes características: • Incluir sesiones de entre 30 y 60 minutos, compuestas por un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para PAD en pacientes con claudicación. • Proporcionarse en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio médico. • Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, auxiliar médico (PA) o enfermero especializado (NP)/enfermero clínico especializado (CNS) capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas. El programa de SET se debe llevar a cabo en 36 sesiones, durante 12 semanas, con la posibilidad de extender el tratamiento por 36 sesiones durante un período prolongado si el proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> Copago de \$25 por cada sesión de terapia de ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Telesalud (beneficios adicionales) La telesalud es una manera conveniente de acceder a los servicios de atención médica de forma remota utilizando tecnología como teléfonos, computadoras o dispositivos inteligentes. Con nuestro plan, usted tiene la opción de obtener ciertos servicios a través de visitas presenciales o por telesalud. Los siguientes servicios están disponibles a través de telesalud: • Atención primaria y de urgencia • Dermatología • Salud del comportamiento (incluidos tratamientos por el consumo de opioides y servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios) • Terapia a domicilio (incluidas terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia) • Servicios nutricionales y dietéticos Para obtener estos servicios a través de telesalud, debe hacer lo siguiente: • Utilice un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Obtenga una receta de su profesional clínico que realiza la solicitud. Algunos servicios aprobados por el plan, más allá de la lista anterior, pueden ofrecer servicios de telesalud cubiertos por la Parte B y tener el mismo costo compartido que las visitas presenciales. Estos servicios varían según cada médico.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. <u>Dentro de la red</u> • Copago de \$50 por servicios de urgencia • Copago de \$0 por proveedor elegido • Copago de \$40 por terapia ocupacional • Copago de \$40 por fisioterapia • Copago de \$40 por terapia del habla • Copago de \$55 por servicios de dermatología • Copago de \$40 por sesiones individuales para servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios • Copago de \$40 por sesiones individuales para servicios especializados de psiquiatría para pacientes ambulatorios • Copago de \$40 por los servicios del Programa de Tratamiento por el Consumo de Opioides

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Telesalud (beneficios adicionales) (continuación)	- Copago de \$40 por sesiones individuales por servicios para trastorno por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios - Copago de \$0 por capacitación sobre la autogestión de la diabetes - Copago de \$0 por servicios nutricionales Fuera de la red - Servicios de urgencia: copago de \$50 - Proveedor elegido: 50% del costo total - Terapia ocupacional: 50% del costo total - Fisioterapia: 50% del costo total - Terapia del habla: 50% del costo total - Servicios de dermatología: 50% del costo total - Servicios especializados de salud mental: 50% del costo total - Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total - Tratamiento con opioides: 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Telesalud (beneficios adicionales) (continuación)	• Servicios para trastornos por consumo de sustancias: 50% del costo total • Capacitación para la autogestión de la diabetes: 50% del costo total • Servicios nutricionales: 50% del costo total
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, si no es razonable recibir este servicio de los proveedores de la red dadas su hora, lugar y circunstancias. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle a usted un costo compartido dentro de la red. Algunos ejemplos de los servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Para los servicios de urgencia prestados fuera de la zona de cobertura, el costo compartido es el mismo que paga para dichos servicios prestados dentro de la red. En el caso de los servicios de urgencia fuera del país, consulte a continuación Servicios de urgencia (en todo el mundo). Consulte la Sección 2.2, “Cómo obtener atención usando el beneficio opcional de visitante o viajero de nuestro plan”. Para obtener más información sobre cómo acceder a atención fuera de nuestra red.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$50 por la atención de urgencia cubierta por Medicare cuando los servicios se brindan en un centro de atención de urgencia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de urgencia (continuación) Centros de atención de conveniencia Los centros de atención de conveniencia son clínicas de atención médica sin necesidad de cita que se especializan en el tratamiento de enfermedades comunes y proporcionan servicios básicos de detección de enfermedades.	Copago de \$50 por los servicios cubiertos por Medicare prestados en un centro de atención de conveniencia. El copago <u>no</u> se exime si ingresa en el hospital.
Servicios de urgencia (en todo el mundo) Excepto para los servicios de transporte de emergencia y de urgencia en todo el mundo, nuestro plan cubre los mismos servicios de emergencia si los obtiene dentro o fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Es posible que tenga que pagar el 100% de los cargos en el momento en que los servicios se presten cuando se reciben fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Luego, puede presentar sus reclamaciones para que se considere su reembolso. Se requerirán comprobantes de pago, traducciones y conversiones de monedas junto con el envío de reclamaciones. No brindamos servicios de transporte en ambulancia fuera de los EE. UU. ni de sus territorios. Debe llamar al BlueCard Worldwide Service Center al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las indicaciones sobre proveedores internacionales), o llame con costo revertido al 1-804-673-1177 para recibir ayuda de Florida Blue para coordinar un acuerdo de facturación con el proveedor extranjero.	<u>Dentro y fuera de la red</u> Copago de \$130 por los servicios de urgencia cubiertos por el plan que usted recibió fuera de los EE. UU. o sus territorios. Los beneficios de atención de urgencia y de atención de emergencia que recibió fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limitan a un máximo combinado de \$25,000 por año calendario y no incluyen la cobertura de servicios de transporte de emergencia. El copago <u>no</u> se exime si ingresa en el hospital.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma incluyen a las personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si tiene 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	<u>Dentro de la red</u> • Copago de \$55 por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo • Copago de \$0 para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare. • Copago de \$0 por exámenes de la retina para la diabetes. • Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. ◦ Los marcos básicos se cubrirán hasta el límite del monto del programa de tarifas de Medicare. ◦ Se cubrirán los cristales básicos en su totalidad según lo indique la receta. No se cubrirán otros artículos (p. ej., recubrimientos antideslumbrantes o transicionales).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Atención de la vista (continuación)	Las refracciones oculares que se realizan únicamente con el fin de recetar anteojos no están cubiertas por los beneficios de atención de la vista cubiertos por Medicare de nuestro plan. Consulte también “Atención de la vista* (beneficios adicionales)”. <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total por la prueba de detección del glaucoma. 50% del costo total por anteojos, servicios médicos cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones del ojo y exámenes de retina para diabéticos.
Atención de la vista* (beneficios adicionales) También cubrimos los siguientes servicios de la vista adicionales no cubiertos por Medicare: Examen de la vista de rutina (refracción ocular): 1 por año. Ajustes de lentes de contacto: 1 por año.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0 <u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 50% del monto permitido dentro de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista* (beneficios adicionales) (continuación)	
Anteojos: asignación de \$200 por año para la compra de lentes, marcos, lentes de contacto o mejoras.	<u>Dentro de la red</u> Copago de \$0
El miembro es responsable de los costos que excedan el máximo del beneficio.	Sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.
Se deben obtener servicios de la vista adicionales a través de nuestro proveedor participante para recibir beneficios dentro de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más ayuda.	El miembro es responsable de pagar cualquier monto que supere la asignación máxima anual de beneficios del plan.
Las mejoras de los anteojos están sujetas a la tarifa habitual y normal del proveedor.	<u>Fuera de la red</u> El miembro debe pagar el 100% de los cargos y presentar los recibos detallados para el reembolso del 50% del monto presentado.
Los montos que paga por estos servicios y suministros de la vista adicionales no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red o combinado fuera de la red.	El miembro es responsable de todos los montos que excedan el 50% del monto presentado o de cualquier monto que exceda la asignación máxima anual de beneficios del plan.
Los beneficios no se pueden trasladar al siguiente año de beneficios.	El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
 Visita preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> una sola vez. Esta visita incluye un control de salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas algunas pruebas de detección e inyecciones [y vacunas]) y remisiones a otros tipos de atención si es necesario. Importante: Cubrimos la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que quiere programar su visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> .	<u>Dentro de la red</u> No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i> . <u>Fuera de la red</u> 50% del costo total.

Servicios dentales complementarios

También cubrimos los siguientes servicios y suministros dentales adicionales no cubiertos por Medicare:

Cómo usar sus beneficios dentales

Cómo recibir atención médica

- Es posible que reciba servicios dentales cubiertos de un dentista certificado.
- El uso de un dentista de la red puede ayudar a reducir los costos que paga de su bolsillo.
- No necesita una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP) para recibir atención dental de rutina.

Antes de su visita

- Confirme que su dentista acepta su plan (si corresponde).
- Pídale a su dentista que revise los servicios cubiertos y las limitaciones antes del tratamiento.

Si acude a un dentista fuera de la red

- Es posible que deba pagar el costo total en el momento del servicio.
- Debe presentar una reclamación al plan para obtener un reembolso.
- El plan reembolsa el 50% del monto permitido (no el monto facturado).

Ejemplo:

Si su dentista cobra \$200 y el monto permitido por el plan es de \$120, el plan paga \$60 (el 50% de \$120). Usted es responsable del monto restante.

Cómo funcionan sus beneficios dentales complementarios

La tabla a continuación enumera los servicios dentales cubiertos utilizando códigos de procedimientos dentales. Para ayudarlo a entender sus beneficios, aquí tiene un resumen de cómo funciona la cobertura:

Importante:

- El reembolso fuera de la red se basa en el monto permitido por el plan, que puede ser menor que el cargo facturado por su dentista.
- Usted es responsable de cualquier diferencia entre el cargo facturado y el monto permitido.
- Los servicios que no figuran en la tabla no están cubiertos.

Normas dentales importantes

Revise estas normas antes de recibir servicios dentales:

- Algunos servicios tienen límites combinados y pueden compartir máximos anuales o plurianuales
- Los códigos dentales que no aparezcan en esta tabla no están cubiertos

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico						
Exámenes orales	D0120	Revisión dental de rutina para monitorear su salud bucal	2 por año calendario	Límite combinado con D0120, D0150	Copago de \$0	Pagará el costo total por adelantado y se le reembolsará el 50% del monto permitido para la atención fuera de la red.
	D0150	Examen dental completo para pacientes nuevos o para aquellos que no han sido atendidos en un tiempo	1 de por vida por dentista			
Profilaxis (limpieza)	D1110	Limpieza dental profesional de rutina para adultos	2 por año calendario	N/C	Copago de \$0	

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales preventivos y de diagnóstico (continuación)						
Radiografías	D0210	Conjunto completo de radiografías dentales para revisar todos los dientes y las estructuras óseas	1 conjunto cada 3 años calendario	Límite combinado con D0210, D0330, D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Copago de \$0	
	D0330	Radiografía única que muestra toda su boca, incluso la mandíbula y los dientes				
	D0270	Una radiografía para detectar caries entre los dientes	1 conjunto por año calendario			
	D0272	Dos radiografías para detectar caries entre los dientes				
	D0273	Tres radiografías para detectar caries entre los dientes				
	D0274	Cuatro radiografías para detectar caries entre los dientes				
	D0277	Múltiples radiografías para detectar caries y pérdida ósea alrededor de los dientes				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales						
Prostodoncia, removible	D5410	Ajuste para mejorar el ajuste de la dentadura postiza completa superior	1 por año calendario	Límite combinado con D5410, D5411, D5421, D5422	Copago de \$0	Pagará el costo total por adelantado y se le reembolsará el 50% del monto permitido para la atención fuera de la red.
	D5411	Ajuste para mejorar el ajuste de la dentadura postiza completa inferior				
	D5421	Ajuste para mejorar el ajuste de la dentadura postiza parcial superior				
	D5422	Ajuste para mejorar el ajuste de la dentadura postiza parcial inferior				
Cirugía bucal y maxilofacial	D7140	Extracción de un diente que ya salió a través de las encías o una raíz expuesta	1 por año calendario	N/C	Copago de \$0	

Los beneficios están sujetos a los términos de cobertura vigentes en la fecha en que se reciben los servicios y pueden cambiar si los beneficios o el plan de tratamiento propuesto cambian. Las predeterminaciones o preestimaciones no son una garantía de pago. Los beneficios pueden cambiar de un año a otro si un plan de tratamiento dura dos años. Verifique que sus beneficios estén vigentes para la fecha en que se prestan los servicios a fin de determinar qué cobertura está en vigencia.

NOTA: Los códigos dentales que no aparezcan en esta tabla no están cubiertos.

Servicios dentales no cubiertos

Los siguientes servicios dentales no están cubiertos por este plan:

- Implantes dentales
- Procedimientos cosméticos (como blanqueamiento o carillas)

- Servicios de rutina no incluidos en la tabla de servicios dentales complementarios
- Servicios que exceden los límites de frecuencia o reemplazo

Usted es responsable del costo total de estos servicios.

Sección 2.1 Cómo obtener atención usando el beneficio opcional de visitante o viajero de nuestro plan

Generalmente, si no se muda de forma permanente, debemos cancelar su inscripción en nuestro plan en caso de que usted se ausente del área de servicio de nuestro plan durante más de 6 meses de manera continua. Sin embargo, ofrecemos un Programa para Visitantes o Viajeros. El Programa para Visitantes o Viajeros incluirá la cobertura de la red Blue Medicare Advantage PPO de todos los beneficios de la Parte A, la Parte B y complementarios ofrecidos por su plan fuera de su área de servicio en 47 estados, 1 territorio y 1 distrito: Alabama, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Oregon, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Wisconsin, West Virginia y Wyoming. En algunos de los estados enumerados, las redes MA PPO solo están disponibles en algunas partes del estado, lo que le permitirá permanecer inscrito cuando se encuentre fuera de nuestra área de servicio por menos de 12 meses. En virtud de nuestro Programa para Visitantes o Viajeros, puede obtener todos los servicios cubiertos por el plan al costo compartido dentro de la red. Comuníquese con nuestro plan para obtener ayuda para encontrar un proveedor cuando utilice el beneficio de visitante o viajero.

Los estados y los territorios indicados anteriormente están sujetos a cambios en cualquier momento. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor en una zona determinada, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El número de teléfono de Servicios para Miembros también se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación. También figura en la contraportada de este documento de Evidencia de Cobertura. O bien, puede llamar al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583).

Según las normas de Medicare Advantage, si se ausenta del área de servicio durante más de seis (6) meses, se debe cancelar su inscripción. Sin embargo, en las áreas donde ofrecemos el Programa de Visitantes/Viajeros, usted puede permanecer en el plan mientras se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante 12 meses.

- Los materiales de inscripción identificarán los estados en los que está disponible el Programa de Visitantes/Viajeros. Además, los miembros pueden hacer lo siguiente:
 - Llamar a la línea telefónica de servicios para miembros de su plan durante el horario laboral habitual,
 - Llamar al 1-800-810-Blue para encontrar un proveedor de Blue Medicare Advantage PPO, o

- Visite el “Doctor & Hospital Finder” (Buscador de médicos y hospitales) en www.bcbs.com para encontrar un proveedor de Blue Medicare Advantage PPO.
- Los miembros que acudan a proveedores de Medicare Advantage PPO en cualquier área geográfica donde se ofrezca el Programa de Visitantes/Viajeros pagarán el mismo nivel de costo compartido (costo compartido dentro de la red) que pagarían si recibieran beneficios cubiertos de proveedores dentro de la red en su área de servicio.

Cuando los costos compartidos de un servicio del Programa para Visitantes o Viajeros sean coseguros (porcentaje del costo del servicio):

Cálculo de su responsabilidad

El costo del servicio en el que se basa su responsabilidad (coseguro) será uno de los siguientes:

- El monto permitido por Medicare para el servicio cubierto o
- El monto que Florida Blue negocie con el proveedor o que el plan local de PPO de Blue Medicare Advantage negocie con sus proveedores en nombre de nuestros miembros, si corresponde. El monto negociado puede ser mayor, inferior o igual al monto permitido por Medicare.

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

En esta sección, se explica qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La tabla a continuación enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en los casos específicos que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide, mediante una apelación, que es un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre la apelación de una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7).

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Acupuntura	Disponible para las personas que padecen dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Cirugía o procedimientos estéticos	Se cubren en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada, para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es la atención personal que no requiere de la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Pueden estar cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Cargos cobrados por los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Comidas a domicilio	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Servicios de salud en el hogar	Medicare cubre la atención de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente médicamente necesaria.

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Los servicios de tareas domésticas incluyen ayuda doméstica básica, como tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Servicios de un naturoterapeuta (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Atención dental que no es de rutina	<u>Servicios cubiertos por Medicare</u> - Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios. <u>Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios dentales que no son de rutina y no están cubiertos por Medicare.</u> - Consulte la sección “Servicios dentales* (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y que se incluyen en el costo de la pierna. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Habitación privada en un hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Procedimientos para invertir la esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta.	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	<u>Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios dentales de rutina no cubiertos por Medicare.</u> Consulte la sección “Servicios dentales* (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para visión parcial.	<u>Servicios cubiertos por Medicare</u> - Un par de anteojos con marcos estándar (o un conjunto de lentes de contacto) cubiertos después de cada cirugía de cataratas en la que se implante una lente intraocular. <u>Nuestro plan incluye cobertura adicional para la atención de la vista no cubierta por Medicare.</u> - Consulte la sección “Atención de la vista* (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.
Cuidado de rutina de los pies	Se proporciona cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para la colocación de audífonos.	<u>Servicios cubiertos por Medicare</u> - Medicare cubre exámenes de audición de diagnóstico y exámenes de equilibrio si los solicita un médico. <u>Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios de audición no cubiertos por Medicare.</u> - Consulte la sección “Servicios de audición* (beneficios adicionales)” de la Tabla de beneficios de este capítulo para obtener información adicional sobre esta cobertura.

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Gastos de viaje o transporte, incluidos, entre otros, los servicios de ambulancia aérea o terrestre, desde un país extranjero a los Estados Unidos	Sin cobertura en ninguna circunstancia.
Los gastos de viaje y alojamiento relacionados con el trasplante no están cubiertos si recibe el trasplante a menos de 100 millas de su domicilio. Los siguientes tipos de gastos no son reembolsables: • Alcohol/bebidas alcohólicas. • Millaje adicional para visitas turísticas o visitas a amigos/familiares. • Cualquier servicio que suponga un cargo adicional al precio de la habitación. • Mantenimiento del coche. • Tarjetas, papelería, sellos. • Indumentaria. • Limpieza en seco. • Entretenimiento (televisión por cable, libros, revistas, alquiler de películas, visitas a museos, juegos, etc.). • Gastos para personas que no sean el paciente y su acompañante o cuidador cubierto.	Los gastos de viaje y alojamiento elegibles cuando recibe servicios de trasplante cubiertos en un lugar que forma parte de la red de trasplantes del plan para el tipo de trasplante que necesita, pero que está fuera del patrón normal de atención de su comunidad desde su casa, incluyen lo siguiente: Debido a que los centros de trasplantes aprobados por Medicare no están disponibles para todos los tipos de trasplantes en todos los estados, su patrón de atención de la comunidad local para los trasplantes puede requerir que viaje cierta distancia para recibir el trasplante. El reembolso por viaje y alojamiento requiere un mínimo de 100 millas por trayecto hasta el centro de trasplante y se limita a \$10,000 por trasplante. Transporte: Millaje del vehículo, pasajes aéreos en clase económica, tarifas de taxi o servicios de viajes compartidos. Los servicios de transporte elegibles no están sujetos a un monto límite diario.

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
• Gastos de alojamiento cuando el miembro o acompañante se hospeda con un familiar o amigo. • Flores. • Comestibles (es decir, tienda de comestibles, Walmart, Target, etc.). • Tarifas de gimnasios. • Productos para el hogar. • Servicios públicos del hogar, incluidos los cargos de telefonía celular. • Servicios/suministros de lavandería. • Servicio de limusina. • Recibos no legibles (alojamiento, etc.). • Productos de papel (es decir, platos de papel, toallas de papel, etc.). • Cargos de estacionamiento incurridos en hoteles/moteles u hospitales cuando el hotel/motel u hospital ofrece estacionamiento de cortesía. • Tarifas de estacionamiento no asociadas con hotel/motel u hospital. • Artículos de higiene personal (es decir, cepillo de dientes, desodorante, etc.). • Servicios personales (es decir, cuidado de niños, cuidado de la casa, cuidado de mascotas, mucama, etc.). • Depósitos de seguridad. • Zapatos/pantuflas/batas. • Recuerdos (es decir, camisetas, sudaderas, juguetes, etc.). • Spa. • Facturas telefónicas/llamadas/tarjetas telefónicas. • Tabaco. • Wi-Fi.	Alojamiento: Costos de alojamiento o lugares para hospedarse, como hoteles, moteles o alojamiento a corto plazo. Puede encontrar detalles adicionales sobre el trasplante, los viajes y el alojamiento en su cuenta de miembro en línea, a la que puede acceder en FloridaBlue.com/Medicare, y luego haga clic en “Log In” (Iniciar sesión). Haga clic en su nombre en la esquina superior derecha de la pantalla y seleccione “Documents & Forms” (Documentos y formularios) en el menú desplegable > “Plan Documents & Forms” (Documentos y formularios del plan) > “Medicare Transplants Lodging and Transportation related expenses” (Gastos relacionados con el alojamiento y el transporte para trasplantes de Medicare).

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Los costos de viaje y alojamiento relacionados con el trasplante no están cubiertos si recibe el trasplante en un lugar que no esté en la red de trasplantes del plan para el tipo de trasplante que necesita. Los costos de viaje y alojamiento relacionados con el trasplante no están cubiertos para el donante del trasplante.	

CAPÍTULO 5:

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por los servicios cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede pagar más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedir a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolse). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado más de lo que le corresponde del costo por los servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Es posible que haya plazos que deberá cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura a nosotros en lugar de pagarla. Revisaremos la factura y decidiremos si se deben cubrir los servicios. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir el tratamiento.

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

1. Cuando recibió atención médica de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Cuando recibe atención de un proveedor que no forma parte de nuestra red, solo es responsable de pagar su parte del costo. (Su parte del costo puede ser mayor para un proveedor fuera de la red que

para un proveedor de la red). Pídale al proveedor que emita una factura para el pago de la parte que le corresponde a nuestro plan.

- Legalmente, los proveedores de emergencia tienen la obligación de brindar atención de emergencia. Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, pídanos que le devolvamos nuestra parte del costo. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esta factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si ya pagó más que su parte del costo por el servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- Si bien puede obtener su atención de un proveedor fuera de la red, el proveedor debe ser elegible para participar en Medicare. Excepto para la atención de emergencia, no podemos pagarle a un proveedor que no sea elegible para participar en Medicare. Si el proveedor no es elegible para participar en Medicare, usted será responsable del costo total de los servicios que recibió.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y solicitarle solo su parte del costo. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo debe pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, llamados *facturación de saldos*. Esta protección (que nunca pague más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio, o si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es superior a lo que debería pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que debía según nuestro plan.

3. Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año anterior.

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por los servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Debe enviar la documentación, como recibos y facturas, para que nosotros nos encarguemos del reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento está cubierto. Esto se denomina tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 7, hay información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió

Puede solicitarnos que le reembolsemos llamándonos por teléfono o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros.

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio o artículo.

Para asegurarse de que nos está entregando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para realizar su solicitud de pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

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

Para solicitudes relacionadas con la atención médica:

Florida Blue Medicare
P. O. Box 1798
Jacksonville, FL 32231-0014

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y le informaremos sobre nuestra decisión

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

- Si decidimos que la atención médica está cubierta y que usted ha cumplido todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya ha pagado por el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo.
- Si decidimos que la atención médica no está cubierta, o que usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica, puede presentar una apelación

Si cree que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 7.

CAPÍTULO 6:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 **Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales**

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, braille, letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	--

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluidos español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo si los necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de especialidades fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde ir para recibir este servicio en costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el 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 ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1**We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)**

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-926-6565. (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Florida Blue Appeals and Grievance Department at 1-800-926-6565. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor dentro de la red de nuestro plan. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión y seguir pagando el monto del costo compartido dentro de la red.

Tiene derecho a programar citas con sus proveedores y recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención.

Si cree que no está recibiendo su atención médica dentro de un período de tiempo razonable, en el Capítulo 7 se le informa qué puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de su historia clínica y su información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo exigido por estas leyes.

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Aviso sobre prácticas de privacidad*, en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto por las circunstancias indicadas a continuación, si nuestra intención es proporcionarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle su autorización por escrito a usted o a alguien a quien usted le haya dado el poder legal de tomar decisiones por usted primero*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones las permite o exige la ley.
 - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud. Si Medicare publica su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las

reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no sea compartida.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver su historia clínica, guardada en nuestro plan, y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permitido cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos su historia clínica. Si nos solicita que lo hagamos, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben hacer los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

EN ESTE AVISO, SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este Aviso tiene vigencia desde el 1 de febrero de 2026.

Entendemos la importancia de mantener la privacidad de su información de salud protegida (PHI) y estamos comprometidos con ello. La PHI es información financiera, privada, de salud y personal que puede utilizarse razonablemente para identificarlo y que mantenemos en el curso normal de administrar el plan de salud del grupo autoasegurado de su empleador o de brindarle cobertura de atención médica asegurada y otros servicios. La PHI también incluye su información de identificación personal que podemos recopilar de usted en relación con el proceso de solicitud e inscripción para la cobertura del seguro de salud.

Las leyes federales y estatales aplicables nos exigen que mantengamos la privacidad de su PHI. También tenemos la obligación de brindarle este aviso en el que se describen nuestras prácticas de privacidad, nuestros deberes legales y sus derechos relativos a su PHI. Debemos seguir las prácticas de privacidad que se describen en este Aviso mientras esté en vigencia.

Nos reservamos el derecho a modificar en cualquier momento nuestras prácticas de privacidad y los términos de este Aviso, y a hacer que los términos de nuestro Aviso revisado sean efectivos para toda su PHI que mantengamos actualmente o que podamos mantener en el futuro. Si hacemos un cambio significativo en nuestras prácticas de privacidad, publicaremos un Aviso revisado en nuestro sitio web antes de la fecha de entrada en vigencia, y proporcionaremos el Aviso revisado, o información sobre el cambio y cómo obtener el Aviso revisado, a las personas cubiertas en nuestra próxima correspondencia anual.

Cómo protegemos su PHI:

- Nuestros empleados están capacitados en nuestras políticas y procedimientos de privacidad y protección de datos.
- Usamos medidas de seguridad administrativas, físicas y técnicas para ayudar a mantener la privacidad y la seguridad de su PHI.
- Tenemos políticas y procedimientos en curso para restringir el uso de su PHI por parte de nuestros empleados a aquellos que están autorizados a acceder a esta información con fines de tratamiento o pago, o para realizar ciertas operaciones de atención de la salud.
- Nuestra división de Ética Empresarial, Integridad y Cumplimiento monitorea cómo seguimos nuestras políticas y procedimientos de privacidad.

Cómo debemos divulgar su PHI:

- **A usted:** Le daremos a conocer su PHI a usted o a alguien que tenga el derecho legal para actuar en su nombre (su representante personal) a fin de administrar sus “Derechos individuales” en virtud de este Aviso.
- **A la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS):** De ser necesario, divulgaremos su PHI al HHS para garantizar que se protejan sus derechos de privacidad.
- **Según lo exija la ley:** Divulgaremos su PHI cuando así lo exija la ley.

Cómo podemos usar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito:

Podemos utilizar y divulgar su PHI sin su autorización por escrito de varias maneras diferentes en relación con su tratamiento, el pago de su atención médica y nuestras operaciones de atención médica. Cuando utilicemos o divulguemos su PHI, o solicitemos su PHI a otra entidad, haremos todos los esfuerzos razonables para limitar dicho uso, divulgación o solicitud, en la medida de lo posible, al mínimo necesario para lograr la finalidad prevista de dicho uso, divulgación o solicitud. Los siguientes son solo unos pocos ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su PHI que podemos hacer sin su autorización por escrito.

- **Para tratamientos:** Podemos utilizar y divulgar su PHI, según sea necesario, para ayudar en su tratamiento o la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a médicos, dentistas, hospitales u otros proveedores de atención médica para que puedan brindarle tratamiento.
- **Para pagos:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para administrar su contrato o la política de beneficios de salud. Por ejemplo, es posible que utilicemos y divulguemos su PHI para pagar las reclamaciones por los servicios prestados a usted por médicos, dentistas u hospitales. Podemos divulgar su PHI a un proveedor de atención médica u otro plan de salud para que el proveedor o plan pueda obtener el pago de una reclamación o realizar otras actividades de pago.
- **A la familia, los amigos y otros para el tratamiento o el pago:** Nuestra divulgación de su PHI para los fines de tratamiento y pago antes descritos puede incluir su divulgación a otras personas que estén involucradas en su atención o la administración de su política o contrato de beneficios de la salud. Por ejemplo, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos o cuidadores si usted nos indica que lo hagamos o si ejercemos juicio profesional y determinamos que están involucrados en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud. Podemos enviar una explicación de beneficios al titular de la póliza, que puede incluir las reclamaciones pagadas y otra información. Podemos determinar que las personas están involucradas en su

atención o en la administración de su política de beneficios de salud si usted está de acuerdo o no objeta la divulgación de su PHI a dichas personas cuando se le brinda una oportunidad. En una emergencia o en situaciones en las que usted está incapacitado o no presente de otra forma, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos, cuidadores u otros, cuando las circunstancias indiquen que dicha divulgación está autorizada por usted y le conviene. En estas situaciones, solo divulgaremos su PHI relevante a la participación de la otra persona en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud.

- **Para operaciones de atención médica:** Podemos utilizar y divulgar su PHI para respaldar otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos utilizar o divulgar su PHI para llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad, para llevar a cabo investigaciones de fraude y abuso, para coordinar la atención o administrar casos, o para comunicarnos con usted acerca de beneficios, productos o servicios relacionados con la salud o alternativas de tratamiento que puedan ser de su interés. También podemos divulgar su PHI a otra entidad sujeta a las leyes federales de privacidad, siempre que la entidad tenga o haya tenido una relación con usted y la PHI se divulgue únicamente para determinadas operaciones de atención médica de ese proveedor, plan u otra entidad. Podemos utilizar y divulgar su PHI según sea necesario para llevar a cabo o coordinar servicios legales, auditorías u otras funciones. También podemos utilizar y revelar su PHI para realizar actividades de suscripción; sin embargo, se nos prohíbe usar o divulgar su información genética para fines de suscripción de seguros.
- **A socios comerciales para tratamiento, pago u operaciones de atención médica:** Cuando utilicemos su PHI para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica descritas anteriormente (o para otros usos o divulgaciones descritos en este Aviso), es posible que debamos divulgar su PHI a determinadas personas o entidades con las que hayamos firmado un contrato para dar o prestar determinados servicios en nuestro nombre (socios comerciales). Podemos permitir que nuestros socios comerciales creen, reciban, mantengan o transmitan su PHI en nuestro nombre para que el socio comercial nos brinde servicios, o para la gestión y administración adecuadas del mismo, o para que cumpla con las responsabilidades legales del socio comercial. Estos asociados comerciales incluyen abogados, contadores, consultores, consorcios de reclamaciones y otros terceros. Nuestros asociados comerciales pueden volver a divulgar su PHI a subcontratistas a fin de que estos subcontratistas les presten servicios. Estos subcontratistas estarán sujetos a las mismas restricciones y condiciones que se aplican a los socios comerciales. Siempre que dicho acuerdo con un socio comercial implique el uso o la divulgación de su PHI, firmaremos un contrato con nuestro socio comercial que incluirá términos destinados a proteger la privacidad de su PHI.
- **Para salud y seguridad pública:** Podemos utilizar o divulgar su PHI en la medida necesaria para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de usted o de otros. También podemos divulgar su PHI respecto de las actividades de negligencia de la salud pública y de atención médica del Gobierno y denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica a las autoridades gubernamentales.
- **Según lo permitido por la ley:** Es posible que usemos o divulguemos su PHI cuando la ley nos permita hacerlo.
- **Para procesos y procedimientos:** Podemos divulgar su PHI en respuesta a una orden judicial o administrativa, citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.

- **Actividad criminal o cumplimiento de la ley:** Podemos divulgar su PHI a un funcionario responsable del cumplimiento de la ley en relación con las víctimas del crimen y las actividades criminales. Podemos divulgar su PHI si creemos que el uso o la divulgación es necesario para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud y la seguridad de una persona o del público. También podemos divulgar su PHI si es necesario que las autoridades policiales identifiquen o detengan a una persona.
- **Funciones especiales del Gobierno:** Cuando se cumplen las condiciones adecuadas, es posible que utilicemos o divulguemos la PHI de personas que son personal de las Fuerzas Armadas (i) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de mando militar correspondientes; (ii) para el propósito de la determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para los beneficios; o (iii) a las autoridades militares extranjeras si usted es miembro de ese servicio militar extranjero. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad e inteligencia nacionales, incluida la prestación de servicios de protección al presidente u otros autorizados legalmente para recibir dicha protección gubernamental.
- **Reclusos:** Es posible que utilicemos o divulguemos su PHI si usted es un recluso de un centro de corrección y su médico creó o recibió su PHI en el curso de la prestación de atención para usted.
- **Para los patrocinadores del plan, si corresponde (incluidos los empleadores que actúan como patrocinadores del plan):** Es posible que divulguemos información de inscripción y cancelación de inscripción al patrocinador del plan de salud de su grupo. También podemos divulgar cierta PHI al patrocinador del plan para que realice las funciones de administración del plan. Podemos divulgar información de salud resumida al patrocinador del plan para que este pueda obtener las ofertas de la prima o decidir si enmienda, modifica o suspende su plan de salud grupal. Consulte los documentos de su plan, si procede, para obtener una explicación completa de los usos limitados y las divulgaciones que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI para proporcionar las funciones de administración del plan para su plan de salud grupal.
- **Para médicos forenses, directores de funerarias y donaciones de órganos:** Podemos divulgar su PHI a un médico forense con fines de identificación, para determinar la causa de muerte o para que el médico forense realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar la PHI a un director de funeraria, según lo autorizado por la ley, con el fin de permitir que realice sus tareas. Podemos divulgar dicha información con una anticipación razonable de la muerte. La PHI puede usarse y divulgarse con fines de donación de tejidos, órganos, cuerpos u ojos.
- **Investigación:** Es posible que divulguemos su PHI a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado los fines de la investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su PHI, o según lo permitido de otra manera por la ley federal de privacidad.
- **Recaudación de fondos:** Podemos usar su PHI para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para nuestro beneficio. Tiene derecho a no recibir estas comunicaciones.
- **Conjuntos de datos limitados e información anónima:** Podemos usar o divulgar su PHI para crear un conjunto de datos limitado o información anónima, y para usar y divulgar dicha información según lo permitido por la ley.
- **Para la indemnización laboral:** Podemos divulgar su PHI según lo permitido por la indemnización laboral y leyes similares.

Usos y divulgaciones de PHI permitidos solo después de recibir la autorización:

Obtendremos su autorización por escrito, como se describe a continuación, para: (i) los usos y las divulgaciones de su PHI con fines de comercialización, incluidas las comunicaciones de tratamiento subvencionado (excepto ciertas actividades permitidas por la ley federal de privacidad, como las comunicaciones cara a cara o los regalos promocionales de valor nominal); (ii) divulgaciones de su PHI que constituyan una venta de PHI según la ley federal de privacidad y que requieran su autorización; y (iii) otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso. También hay otras leyes federales y estatales que pueden restringir aún más nuestra divulgación de cierta PHI (en la medida en que mantengamos dicha información) que se considere altamente confidencial.

Nuestra intención es cumplir con los requisitos de estas leyes de privacidad más rigurosas, y solo divulgaremos este tipo de PHI especialmente protegida mediante su autorización previa por escrito, excepto cuando la divulgación de esta información de nuestra parte esté permitida o requerida por la ley.

Registros de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias:

Según lo dispuesto en la ley federal, no usaremos ni divulgaremos el contenido de sus registros protegidos de tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias en procedimientos civiles, penales, administrativos o legislativos en su contra sin su consentimiento por escrito o una citación u otro mandato legal que vaya acompañado de una orden judicial especial que le brinde a usted o al titular del registro la oportunidad de ser escuchado.

Autorización:

Usted puede darnos una autorización por escrito para usar su PHI o divulgarla a cualquier persona con cualquier fin no permitido o requerido por la ley. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estaba en vigencia. En caso de que usted esté incapacitado o no pueda responder a nuestra solicitud de autorización (por ejemplo, si es o se vuelve legalmente incapaz), podemos aceptar una autorización de cualquier persona que esté legalmente autorizada para dar dicha autorización en su nombre. Si comparte su PHI con personas ajenas a nuestra compañía, es posible que su PHI no esté sujeta a las leyes de privacidad estatales o federales que restringen su uso o divulgación.

Derechos individuales:

Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame al número de servicio de atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación.

- **Acceso:** Salvo excepciones limitadas, usted tiene derecho a examinar u obtener copias de su PHI. Es posible que le cobremos una tarifa razonable según lo permitido por la ley. Le entregaremos una copia de su PHI en la forma y el formato solicitados, si es fácilmente posible en dicha forma o formato o, si no, en forma de copia en papel legible o en el formato que hayamos acordado con usted. Cuando su PHI esté incluida en uno o más conjuntos de registros designados electrónicamente, usted tiene derecho a obtener una copia de dicha información en la forma y el formato electrónico solicitado, si es fácilmente posible en dicha forma y formato; o si no, en una forma y un formato electrónico legible según lo acordado por usted y nosotros.
- **Enmienda:** Salvo excepciones limitadas, usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su PHI.

- **Responsabilidad de divulgación:** Usted 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 período de 12 meses, es posible que le cobremos una tarifa razonable según lo permitido por la ley para responder a cualquier solicitud adicional.
- **Restricción de uso/divulgación:** Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos nuestro uso o divulgación de su PHI para determinados fines. Estamos obligados a aceptar una solicitud para restringir la divulgación de su PHI a un plan de salud si usted nos envía la solicitud y: (i) la divulgación es con el fin de llevar a cabo operaciones de pago o de atención médica y no es requerida por la ley; y (ii) la PHI se refiere únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el que usted, o una persona en su nombre que no sea el plan de salud, ha pagado a la entidad cubierta la totalidad de sus costos que paga de su bolsillo. Es posible que no estemos de acuerdo con todas las demás solicitudes de restricción y, en ciertos casos, podemos denegar su solicitud. Aceptaremos restringir el uso o la divulgación de su PHI siempre que la ley lo permita y que consideremos que la restricción no afecta nuestra capacidad para administrar sus beneficios. Incluso cuando aceptamos una solicitud de restricción, aún podemos divulgar su PHI en una emergencia médica y utilizar o divulgar su PHI para la salud pública y la seguridad y otros fines de beneficios públicos similares permitidos o requeridos por la ley.
- **Comunicación confidencial:** Usted tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted en confidencia respecto de su PHI a una dirección alternativa. Cuando llame al número de servicio de atención al cliente que figura en su tarjeta de identificación para solicitar comunicaciones confidenciales en una dirección alternativa, solicite una "dirección de PHI". Nota: Si elige que se le envíen comunicaciones confidenciales a una dirección de PHI, solo responderemos a sus propias consultas. Si recibe servicios de cualquier proveedor de atención médica, usted es responsable de notificar a esos proveedores directamente si desea que ellos reciban una dirección de PHI.
- **Aviso de privacidad:** Tiene derecho a solicitar y recibir una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener más información o si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nosotros usando la información que se indica al final de este Aviso.
- **Incumplimiento:** Usted tiene derecho a recibir una notificación por escrito que señale un incumplimiento por el acceso, uso, adquisición o divulgación de su PHI no asegurada a una persona no autorizada como consecuencia de dicho incumplimiento, lo cual pone en peligro la seguridad o la privacidad de su PHI, y nosotros tenemos la obligación de enviarle dicha notificación. A menos que usted especifique por escrito que recibirá la notificación por correo electrónico, le proporcionaremos dicha notificación por escrito por correo de primera clase o, si es necesario, por otros medios de comunicación sustitutos permitidos por la ley.
- **Copia en papel:** Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este Aviso, a pedido, incluso si ha acordado recibir el Aviso electrónicamente.

Reclamos

Si le preocupa que podamos haber violado sus derechos de privacidad, puede reclamar ante nosotros usando la información de contacto indicada al final de este Aviso. También puede presentar un reclamo por escrito ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. a pedido.

Respaldamos su derecho a proteger la privacidad de su PHI. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar un reclamo ante nosotros o ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Contacto: Business Ethics, Integrity & Compliance

Florida Blue
PO Box 44283
Jacksonville, FL 32203-4283
1-888-574-2583

Si usted desea una copia de esta notificación en español, por favor comuníquese con un representante de servicio al cliente utilizando el número telefónico indicado en su tarjeta de asegurado.

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO), usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición económica de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 7, se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. En el Capítulo 7 también se proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y participar en las decisiones sobre su atención médica

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento *de manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su condición, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. Si rechaza el tratamiento, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede realizar lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle **a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted**, en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar sus propias decisiones.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo programar una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado o de un trabajador social, o puede conseguir uno en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.

- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede. Se recomienda entregar copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital.**

- En el hospital, se le preguntará si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Completar una directiva anticipada es su elección (incluso si desea firmarla cuando está en el hospital). Según la ley, nadie puede denegar su atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí menciona, puede presentar un reclamo en Florida Agency for Health Care Administration, Division of Health Quality Assurance, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL 32308.

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos las decisiones que tomamos

Si tiene algún problema, preocupación o reclamo y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 7 de este documento encontrará información sobre qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo, **tenemos la obligación de brindarle un trato justo.**

Sección 1.7 Si considera que está siendo tratado de manera injusta o que no se respetan sus derechos

Si cree que se lo ha tratado de manera injusta o que sus derechos no se han respetado debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad o nacionalidad, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697), o llame a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si cree que recibió un trato injusto o que sus derechos no se respetaron, y *no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para enfrentar el problema que tiene llamando a estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).**

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- **Comuníquese con Medicare.**
 - Visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en [Medicare Rights & Protections](#)).
 - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto y las reglas que debe seguir para recibir servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre los servicios médicos.
- **Si tiene otra cobertura de salud además de nuestro plan, o una cobertura de medicamentos por separado, debe informarnoslo.** En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígalos al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre nuestra tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica.

- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, infórmele a sus médicos y a otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
 - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene preguntas, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
 - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio del plan, debemos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y para saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos)

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas y preocupaciones, que son los siguientes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de reclamos** (también denominados quejas).

Medicare aprobó ambos procesos. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar cuál es el proceso correcto y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar la comprensión, en este capítulo se utilizan palabras más conocidas en el lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a conocer qué términos usar para obtener la ayuda o la información adecuada, incluimos estos términos legales cuando proporcionamos detalles para manejar situaciones específicas.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene un reclamo sobre nuestro tratamiento para usted, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Siempre que necesite ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudar son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL del sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov)

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o preocupación tiene que ver con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica (artículos y servicios médicos o medicamentos de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía de decisiones de cobertura y apelaciones**.

No.

Consulte la **Sección 9, Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones**.

Decisiones de cobertura y apelaciones**SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los productos y los servicios médicos, y a los medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted usa el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para problemas tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que está cubierto.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de que usted reciba el servicio, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión favorable de la cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de Cobertura* establezca que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si su médico se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una decisión de cobertura, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o si ya no se la cubrimos. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de que reciba un beneficio, y usted no está conforme, puede **"apelar"** la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

El hecho de apelar una decisión por primera vez se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos correctamente las reglas. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de una apelación de Nivel 1, que implica que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien presenta la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso en el que se expliquen los motivos del rechazo y cómo pedir su revisión.

Si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación de Nivel 1 para recibir atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.

Si no está conforme con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Entre los recursos que puede utilizar si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión, se encuentran los siguientes:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación superior al Nivel 2, se lo deberá designar como su representante. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en <https://www.floridablue.com/medicare/forms>).

- Para la atención médica o los medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si quiere que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) o en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms). Este formulario le otorga a esa persona la autorización para actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho a solicitar que una organización de revisión independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado de su colegio de abogados local, así como otro servicio de remisión. También hay grupos que le proveerán servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.2 Reglas y fechas límites para sus diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos; damos los detalles de cada una de estas situaciones en este capítulo:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 7:** Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería)

especializada y servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

Sección 5.1	Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención
--------------------	---

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para solicitar un medicamento de la Parte B. En estos casos, le explicaremos cómo las reglas de los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y los servicios médicos.

En esta sección se le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes 5 situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre esta atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por nuestro plan, pero le dijimos que no pagaríamos por esta atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo, previamente aprobada por nosotros, se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o

servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se toma en un plazo de 7 días calendario cuando el producto o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás productos y servicios médicos, o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una decisión rápida de cobertura en un plazo de 72 horas en el caso de los servicios médicos o en un plazo de 24 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- *Solamente* puede solicitar cobertura para artículos o servicios de atención médica (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya haya recibido).
- Podrá solicitar una decisión rápida de cobertura *solo* si usar la vía de plazos estándares pudiera poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad de recuperar la funcionalidad.

Si su médico nos indica que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionársela.

Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se explique lo siguiente:

- Que usaremos las fechas límites estándar.
- Que, si su médico solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
- Que puede presentar un *reclamo rápido* sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan tomar una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones estándares de cobertura, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de recibir su solicitud de un producto o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si el producto o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si su solicitud es de un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si lo que solicita es un producto o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. Le daremos respuesta a su reclamo tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar un reclamo es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Visite la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un producto o un servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no deberíamos* tomarnos días adicionales, puede presentar un *reclamo rápido*. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre los reclamos). Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

- Si denegamos parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo de la denegación.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede presentar una apelación.

- Si la rechazamos, tiene derecho a pedirnos reconsiderar esta decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa pedir otra vez la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se llama **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 30 días calendario o 7 días calendario para medicamentos de la Parte B. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención médica, usted o su médico deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una *apelación rápida* son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que figuran en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, realice su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y tiene una razón válida para haberlo dejado

vencer, explique la razón de la tardanza al presentar su apelación. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Entre los ejemplos de una causa válida se pueden incluir una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo límite para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Mientras nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario y es posible que nos comuniquemos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
 - Si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si lo que solicita es un producto o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura acordada en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos brindarle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su condición así lo exige.
 - No obstante, si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si lo que solicita es un producto o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
 - Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar un reclamo rápido. Cuando presenta un reclamo rápido, le damos respuesta a su reclamo en un plazo de 24 horas. Visite la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).
 - Si no le damos una respuesta antes del plazo límite (o antes del final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud para una apelación de Nivel 2, y una organización de revisión independiente revisará la apelación. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en el plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un producto o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de su apelación**, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2
Término legal:

El nombre formal para la *organización de revisión independiente* es **entidad de revisión independiente**. A veces, se la denomina **IRE**.

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina **expediente del caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** luego de haberla recibido.
- Si su solicitud es de un producto o un servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es de un producto o un servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que reciba su apelación.
- Si su solicitud es de un producto o un servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de un producto o un servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en un plazo de **72 horas** o brindar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, contamos con **72 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento de la Parte B,** debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión independiente para **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, contamos con **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación,** esto significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura para la atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
 - Explicar su decisión.
 - Informarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica cumple con un cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
 - Indicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de 5 niveles de apelación). Si desea consultar una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacerlo están en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- Un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. En la Sección 9 se explican los procesos de apelación de Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica

En el Capítulo 5 se describen los casos en los que puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión de cobertura, comprobaremos si la atención médica que usted pagó tiene cobertura. También verificaremos si siguió las reglas para usar su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y si usted siguió las reglas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo, por lo general, en un plazo de 30 días calendario, pero no más de 60 días calendario, después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informamos que no pagaremos por la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si apela, nos pide que modifiquemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibir su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en el plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que salga del hospital. Lo ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que se va del hospital se denomina **fecha del alta**.

- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo indicarán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 6.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos

Dentro de los 2 días calendario posteriores a la admisión en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero), pídale a un empleado del hospital que se lo entregue. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- 1. Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Se detalla lo siguiente:
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
 - Dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si considera que le están dando el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta, para que cubramos su atención hospitalaria por más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
 - Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Al firmar el aviso, *solo* indica que usted recibió la información sobre sus derechos. En el aviso, no se indica la fecha de alta. Firmar la notificación **no implica** que esté aceptando una fecha de alta.
- 3. Guarde la copia** del aviso para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna preocupación sobre la calidad de la atención), en caso de que la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Para obtener una copia de este aviso por adelantado, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en [CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Sección 6.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante más tiempo, utilice el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (TTY 711). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista de alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes el Gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión *inmediata* de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se le indica cómo comunicarse con esta organización, o busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de que se vaya del hospital y **antes de la medianoche del día del alta**.
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital después de la fecha de alta *sin pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo**, contáctenos. Si decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta programada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta programada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior que se comuniquen con nosotros, le enviaremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo de aviso en línea en [CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im).

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les brindamos.
- Antes del mediodía del día posterior a que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de nuestra parte en el que se le indicará la fecha de alta prevista. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta* la apelación, **debemos continuar brindándole los servicios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente dice que *rechaza* la apelación, están diciendo que la fecha de alta programada es médicamente adecuada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad le dé la respuesta a su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha de alta prevista, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3	Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria
--------------------	---

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que revise la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando cobertura para su atención para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba se indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, encontrará los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de apelación de Nivel 2.

- Un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. En la Sección 8 de este capítulo hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto

Cuando recibe servicios cubiertos **de salud a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es el momento de dejar de cubrir cualquiera de estos 3 tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

Si considera que finalizaremos la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.1 Le avisaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de la falta de cobertura de Medicare. Allí se le informa cómo puede solicitar una **apelación por la vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo interrumpir su atención.

1. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se le indica lo siguiente:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una apelación por la vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
2. **Usted, o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** La firma del aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de dejar de recibir atención.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención por un período de tiempo más largo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP está disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y pida una *apelación por la vía rápida*. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, encuentre el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para iniciar la apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado también se pueden encontrar en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre los motivos por los que se finaliza la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No es necesario que prepare nada por escrito, pero puede hacerlo si quiere.
- La organización de revisión independiente también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le proporcione.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación; usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán la decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si los revisores la *rechazan*, su **cobertura finalizará en la fecha que le informamos.**
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha de finalización de su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención más tiempo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de nuevo y pida otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta los servicios?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de atención que recibió desde la fecha en que indicamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que reciba se indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de 5 niveles de apelación. Si quiere continuar con una apelación de Nivel 3, tendrá los detalles de cómo hacerlo en el aviso por escrito que recibirá después de la decisión de apelación de Nivel 2.
- Un juez de Derecho Administrativo o un abogado mediador gestiona el Nivel 3. En la Sección 8 de este capítulo hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo elevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 8.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y se rechazaron ambas apelaciones.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, quizás pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 que reciba se explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que tienen que ver con apelaciones, los últimos 3 niveles de apelación funcionan casi de la misma manera que los primeros 2 niveles. Estas son las personas que se ocupan de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones puede concluir o no.** A diferencia de la decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelarla, se pasará a una apelación de Nivel 4.

- Si decidimos *no* apelar, debemos autorizarle o brindarle atención médica dentro de los 60 días calendario posteriores a la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado mediador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos que la acompañen. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez de Derecho Administrativo o el abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación habrá terminado.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del Gobierno federal.

- **Si la respuesta es positiva o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Decidiremos si apelaremos esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
 - Si decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
 - Si usted no quiere aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se indicará si las reglas le permiten ir a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

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

Cómo presentar reclamos

SECCIÓN 9 **Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras preocupaciones**

Sección 9.1 **¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?**

El proceso de reclamos *solo* se aplica a ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio de atención al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de reclamos.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio de atención al cliente deficiente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para Miembros? • ¿Considera que lo animaron a dejar nuestro plan?

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿Nuestro personal de Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan lo hizo esperar demasiado? ◦ Entre los ejemplos se incluye los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento con receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (Este tipo de reclamos tienen que ver con la <i>puntualidad</i> de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación, y considera que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos: • Nos solicitó una <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i> y la rechazamos; puede presentar un reclamo. • Considera que no cumplimos con los plazos para responder a una decisión de cobertura o a una apelación; puede presentar un reclamo. • Considera que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle determinados artículos médicos, servicios o medicamentos que se aprobaron. Puede presentar un reclamo. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 9.2 Cómo presentar un reclamo

Términos legales:

- Un **reclamo** también se denomina **queja**.
- **Presentar un reclamo** también se denomina **interponer una queja**.
- **Usar el proceso para reclamos** también se denomina **usar el proceso para interponer una queja**.
- Un **reclamo rápido** también se denomina una **queja acelerada**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Por lo general, el primer paso es llamar al Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si necesita hacer algo más, Servicios para Miembros se lo informará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presenta un reclamo por escrito, se lo responderemos por escrito.
- **Procedimientos e instrucciones que debe seguir si desea utilizar el proceso para presentar un reclamo:**

Si nos envía su reclamo por escrito, significa que utilizaremos nuestro procedimiento formal para responder las quejas. Así es como funciona:

Para reclamos relacionados con su atención médica:

1. Envíe su reclamo a una de las direcciones que figuran en la Sección 1 del Capítulo 2. Busque la sección *Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica*. Tenemos un Formulario de queja (reclamo) para que lo use al presentar un reclamo formal. No es necesario que use el formulario, pero le recomendamos que lo haga.
2. Debe presentar todas las quejas dentro de un plazo de 60 días calendario desde el evento o incidente que conduce a su reclamo. Responderemos su queja en un plazo de 30 días desde que la recibamos (antes si su estado de salud lo requiere). Si necesitamos más información y un retraso lo beneficiaría o si usted solicita un retraso, podemos tardar 14 días calendario más para darle una respuesta.
3. Si nuestro plan deniega su solicitud de una decisión “rápida” sobre la cobertura o una apelación “rápida” de primer nivel sobre la atención médica o los medicamentos con receta y considera que una espera de más tiempo podría poner en peligro su salud, puede presentar

una solicitud de reclamo “rápido” por escrito o por teléfono. Debemos responder estas solicitudes en un plazo de 24 horas.

Si presenta un reclamo por teléfono, le indicamos cómo funciona:

Para reclamos relacionados con su atención médica:

1. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) en un plazo de 60 días calendario después del evento o incidente que motivó su reclamo.
 2. Tenga a disposición del representante lo siguiente:
 - Su nombre
 - Su dirección
 - Su número de identificación de miembro
 - Una descripción de su reclamo/queja
- El **plazo** para presentar un reclamo es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que quiere reclamar.

Paso 2: Analizamos su reclamo y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, tal vez podamos darle una respuesta durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de los reclamos se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es para su conveniencia, o si usted solicita más tiempo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) en responder a su reclamo. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una decisión rápida de cobertura o una apelación rápida, automáticamente le concederemos un reclamo rápido.** Si se le ha concedido un reclamo rápido, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o parte del reclamo, o si no nos hacemos responsables por el problema del que se está quejando, incluiremos nuestras razones en nuestra respuesta.

Sección 9.3 También puede presentar reclamos sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad

Cuando su reclamo está relacionado con la *calidad de la atención*, tiene 2 opciones adicionales:

- **Puede presentar su reclamo directamente ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el Gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

O

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la Mejora de la Calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.4 También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Patriot (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, visite [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8:

Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en BlueMedicare Patriot (PPO) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su decisión):

- Puede dejar nuestro plan porque decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación de su membresía de manera voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos finalizar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos
 - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
 - Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare

- **Su membresía finalizará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage** todos los años.

- **El período de inscripción abierta de Medicare Advantage** va del 1 de enero al 31 de marzo, y también para los nuevos inscritos de Medicare que están inscritos en un plan MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede realizar lo siguiente:
 - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura mediante Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original durante este período, también puede unirse a un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de BlueMedicare Patriot (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un período de inscripción especial si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov).

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.

- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de convalecencia o un hospital de atención a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
- Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare
- **Generalmente, su membresía finalizará** el primer día del mes después de que recibimos su solicitud para cambiar el plan.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene preguntas sobre la cancelación de su membresía, puede realizar lo siguiente:

- **Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare y Usted 2027***.
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en BlueMedicare Patriot (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
Medicare Original <i>con</i> un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en BlueMedicare Patriot (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
Medicare Original <i>sin</i> un plan separado de medicamentos de Medicare	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en BlueMedicare Patriot (PPO) se cancelará cuando comience la cobertura de Medicare Original.

Nota: Si tiene otra cobertura acreditable para medicamentos y cancela su inscripción en esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare luego de permanecer sin cobertura acreditable para medicamentos durante 63 días o más de manera consecutiva.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan.

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para obtener atención médica.**
- **Si lo hospitalizan el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 BlueMedicare Patriot (PPO) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

BlueMedicare Patriot (PPO) debe finalizar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 12 meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o no ciudadano elegible.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una forma que es perturbadora y hace que sea difícil que les brindemos atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
 - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan.
 - Es posible que todos los saldos adeudados previos deban pagarse para renovar automáticamente su póliza para el próximo año calendario.

- Si no paga las primas de nuestro plan durante los 6 meses posteriores a la fecha de pago, se cancelará su inscripción por falta de pago.
 - Debemos notificarle por escrito que tiene 6 meses después de la fecha de vencimiento para pagar la prima de nuestro plan antes de que cancelemos su membresía.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

BlueMedicare Patriot (PPO) no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que cancele su inscripción en nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar un reclamo si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si finalizamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos de dicha cancelación. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o un reclamo sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 9:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las reglamentaciones que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) crearon según esta ley. Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o regla que se aplique por cualquier otra razón.

Para obtener más información o si tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso a una silla de ruedas, los Servicios para Miembros pueden ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las reglamentaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, BlueMedicare Patriot (PPO), como una organización de Medicare

Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

Notificación de la Sección 1557: La discriminación es ilegal

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. No discriminamos a las personas o las tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Proporcionamos:

- Ayudas auxiliares gratuitas, modificaciones razonables y servicios para que las personas con discapacidades puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - Intérpretes calificados en lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles)
- Servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con:

- Cobertura de salud y visión: 1-800-352-2583
- Cobertura dental, de vida y de discapacidad: 1-888-223-4892
- Programa para Empleados Federales (Federal Employee Program, FEP): 1-800-333-2227
- Programa para Empleados Postal (Postal Employee Program, PEP): 1-844-960-2583
- Medicare: 1-800-926-6565
- TTY 711

Si cree que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad, puede presentar una queja a:

Cobertura de salud y visión (incluidos miembros de FEP PEP):

Section 1557 Coordinator
4800 Deerwood Campus Parkway, DCC 1-7
Jacksonville, FL 32246
1-800-477-3736 ext. 29070
1-800-955-8770 (TTY)
Fax: 1-904-301-1580
Section1557Coordinator@bcbsfl.com

Cobertura dental, de vida y de discapacidad:

Civil Rights Coordinator
17500 Chenal Parkway
Little Rock, AR 72223
1-800-260-0331
1-800-955-8770 (TTY)
civilrightscordinator@fclife.com

Puede presentar una queja en persona, por correo postal, por fax o por correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de la Sección 1557 o el Coordinador de Derechos Civiles están disponibles para ayudarlo. También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), de manera electrónica a través del Portal para Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o por 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)

Los formularios de reclamos están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Visite www.floridablue.com/disclaimer/ndnotice para ver una versión electrónica de este aviso.

87768S 0825R

Se encuentran a su disposición los servicios gratuitos de idiomas, de ayuda auxiliar y de formato alternativo. Llame al número 1-800-352-2583, a FEP al 1-800-333-2227, a PEP al 1-844-960-2583 a Medicare al 1-800-926-6565, (TTY 711).

Có sẵn dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, thiết bị hỗ trợ và các định dạng thay thế. Vui lòng gọi 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

Gen èd oksilyè pou ede w nan lòt lang ak sèvis nan lòt fòm ki disponib gratis. Rele nan 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, oswa rele Medicare nan 1-800-926-6565 (TTY 711).

Estão disponíveis, gratuitamente, serviços de tradução, assistência e formatos alternativos. Ligue para 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711).

免费语言服务、辅助援助及替代格式服务均已开放。欢迎致电以下号码 普通咨询1-800-352-2583 联邦雇员计划 (FEP) 1-800-333-2227 医疗保险 (Medicare) 1-800-926-6565 听障专线 (TTY) 711。联邦雇员计划 (PEP) 1-800-333-2227

Des services linguistiques, d'aide auxiliaire et de supports alternatifs vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-352-2583, le FEP au 1-800-333-2227, le PEP au 1-844-960-2583, le Medicare au 1-800-926-6565 (ATS 711).

May makukuhang mga libreng serbisyo sa wika, karagdagang tulong at mga alternatibong anyo. Tumawag sa 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

Предоставляются бесплатные языковые услуги, вспомогательные материалы и услуги в альтернативных форматах. Звоните 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (номер для текстовых устройств (TTY) 711).

الخدمات المجانية للغة، والمساعدة الإضافية، وتنسيقات بديلة متاحة. يرجى الاتصال على

1-800-352-2583 برنامج FEP: 1-800-333-2227 برنامج PEP: 1-844-960-2583 Medicare: 1-800-926-6565 (لذوي الإعاقة السمعية) TTY: 711

Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Telefono: 1-800-352-2583, FEP: 1-800-333-2227, PEP: 1-844-960-2583 Medicare: 1-800-926-6565, (TTY 711).

Kostenloser Service für Sprachen, Hilfsmittel und alternative Formate verfügbar. Telefon 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711).

무료 언어, 보조 기구 및 대체 형식 서비스를 이용할 수 있습니다. 전화 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, 메디케어 1-800-926-6565, (TTY 711).

Bezpłatna pomoc językowa, pomoc dodatkowa oraz usługi różnego rodzaju są dostępne. Zadzwoń pod numer 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

મફત ભાષા, સહાયક મદદ અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.

1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, PEP 1-844-960-2583, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711) િર કોલ કરો.

มีบริการภาษา ความช่วยเหลือเพิ่มเติม และบริการในรูปแบบอื่น ๆ ฟรี โทร 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, Medicare 1-800-926-6565 (TTY 711)

無料の言語サービス、補助サービス、代替フォーマットサービスをご利用いただけます。1-800-352-2583、FEP 1-800-333-2227、PEP 1-844-960-2583、メディケア 1-800-926-6565 (TTY 711) までお電話ください。

با FEP -333-800-1 خدمات رایگان زبانی، کمکهای جانبی، و قالبهای جایگزین در دسترس هستند. با شماره 1-800-352-2583 تماس بگیرید. برای تماس بگیرید (TTY: 711) با Medicare 6565-926-800-1 و برای 2227

T'áa free yíníłta'go saad bee áká anilyeedígíí, alk'ida'ánígíí, dóo t'áa ajiłii hane' bee áká anilyeedígíí t'éiyá éí hołne'. 1-800-352-2583 bich'í' náhodoonih, FEP bich'í' 1-800-333-2227 bich'í' náhodoonih, PEP bich'í' 1-844-960-2583 bich'í' náhodoonih, Medicare bich'í' 1-800-926-6565 bich'í' náhodoonih, (TTY 711).

87768S 0825R

SECCIÓN 4 Derechos adicionales de subrogación

Como parte de este Contrato, Florida Blue tiene derecho a cobrarle a cualquier tercero los montos que haya pagado por sus beneficios en su nombre en virtud de este acuerdo y que tenía la obligación de pagar. Este derecho es el derecho de subrogación de Florida Blue. En el caso de que se realice un pago, se preste un servicio o se proporcione un suministro a un miembro o en nombre de este, Florida Blue, en el grado de dicho pago, servicio o suministro proporcionado, subrogará todas las causas de acción y derechos de recuperación que dicho miembro tenga o pueda tener en contra de cualquier persona u organización como resultado de dicho pago, servicio o suministro. Tales derechos de subrogación se extenderán y aplicarán a toda solución de un reclamo, independientemente de si se ha iniciado un litigio. El miembro deberá ejecutar y proporcionar de inmediato los instrumentos y los documentos relevantes para dichos derechos de subrogación, según lo pueda solicitar Florida Blue. Además, el miembro debe notificar de inmediato a Florida Blue acerca de cualquier negociación antes de llegar a un acuerdo de conciliación que afecte algún derecho de subrogación de Florida Blue. En ningún caso el miembro podrá abstenerse de tomar medidas cuando corresponda y tampoco podrá tomar medidas que puedan perjudicar los derechos de subrogación de Florida Blue. La exención, el descargo de responsabilidad, la conciliación u otros documentos ejecutados por un miembro sin previo aviso y la aprobación por parte de Florida Blue serán vinculantes para Florida Blue. En cualquier caso, Florida Blue se reserva el derecho de recuperar dichos pagos o el valor razonable por los servicios cubiertos prestados a cualquier persona

u organización en la máxima medida en que lo permita la ley. Con respecto a los servicios cubiertos prestados, Florida Blue tendrá derecho a un reembolso por el valor razonable de dichos servicios, según se determine sobre una base de pago por servicio.

SECCIÓN 5 Aviso sobre Florida Blue y Blue Cross and Blue Shield Association

Usted, como miembro de este plan, reconoce expresamente en el presente documento que comprende que este plan constituye únicamente un contrato entre usted y Florida Blue, que es una corporación independiente que opera con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de Planes Blue Cross and Blue Shield (la "Asociación") independientes, que permite que Florida Blue use las Marcas de Servicio de Blue Cross and Blue Shield en el estado de Florida, y que Florida Blue no tiene contrato como agente de la Asociación. Además, usted reconoce y acepta que no ha decidido inscribirse en este plan por declaraciones de ninguna persona que no sea de Florida Blue, y que ninguna persona, entidad u organización que no sea Florida Blue debe ser responsable ante usted por las obligaciones que Florida Blue contrajo con usted en virtud de este plan. Este párrafo no crea obligaciones adicionales para Florida Blue que no sean las ya estipuladas en virtud de las demás disposiciones de este acuerdo.

Capítulo 10:

Definiciones

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o pagos por servicios que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Atención de emergencia: corresponde a los servicios cubiertos que cumplen los siguientes requisitos: 1) son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención en un centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación brindados todos los días de forma continua en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero certificado o un médico.

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios cubiertos en base a un criterio específico. En la parte de la red de un plan PPO, algunos servicios médicos dentro de la red están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una autorización previa de nuestro plan. En una PPO, no necesita autorización previa para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, es posible que desee consultar con nuestro plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por nuestro plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios indicados).

Ayuda Adicional: un programa de asistencia económica de Medicare a personas de bajos ingresos y recursos para pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Área de servicio: un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es generalmente el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o una lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno doméstico.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización y que se espera que no pasen más de 24 horas en el centro.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): un seguro que lo ayuda a pagar medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no cubren ni la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que es posible que deba pagar como la parte que le corresponde del costo de un servicio o un suministro médico, como una visita al médico, una visita como paciente ambulatorio en un hospital o una receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, \$10), más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que es posible que deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como la parte que le corresponde del costo de los servicios después de pagar su deducible.

Costo compartido: el costo compartido se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los 3 siguientes tipos de pagos: 1) cualquier monto deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios; 2) cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o 3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

Costos que paga de su bolsillo: vaya a la definición de costo compartido que se menciona más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal brindada en un hogar de convalecencia, centro de cuidados paliativos u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializadas. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede

incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como, por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Cuidados paliativos: es un beneficio que brinda un tratamiento especial para un miembro que cuenta con una certificación médica de que padece una enfermedad terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe brindarle una lista de centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de la organización: una decisión que nuestro plan toma sobre si los artículos o servicios están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan *decisiones de cobertura* en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o cualquier persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, creen que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un niño no nacido), la pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o discapacidad grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Evidencia de Cobertura (EOC) e información de divulgación: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de BlueMedicare Patriot (PPO), solo debe pagar los montos del costo compartido de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por este. No permitimos que los proveedores le facturen el saldo o cobren, de otra manera, más del monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Hospitalización: una hospitalización es cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen una discapacidad, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa conjunto, estatal y federal, que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Medicamento necesario: son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguros de salud destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que tienen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requieren diálisis o trasplante de riñón).

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): Medicare Original es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos al pagarles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde del monto aprobado por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto máximo combinado que paga de su bolsillo: este es el máximo que pagará en un año por todos los servicios de la Parte A y la Parte B, tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto máximo combinado que paga de su bolsillo.

Monto máximo que debe pagar de su bolsillo dentro de la red: el monto máximo que pagará por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos que reciba de proveedores de la red (preferidos). Luego de que haya alcanzado este límite, no debe pagar nada cuando reciba los servicios cubiertos de los proveedores de la red durante el resto del año de contrato. Sin embargo, hasta que alcance el monto que paga de su bolsillo combinado, deberá continuar pagando su parte de los costos cuando busque atención de un proveedor fuera de la red (no preferido).

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica, a los cuales el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Parte C: vaya a la definición de Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: es el programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: es la manera en que nuestro plan y Medicare Original miden su uso de los servicios hospitalarios y de un centro de atención de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa a un hospital o centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible por primera vez para Medicare.

Período de inscripción abierta: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Medicare Original.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos, o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un período de inscripción especial son las siguientes: si se muda por fuera del área de servicio, si se muda a un hogar de convalecencia o si rompemos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el período de inscripción inicial es el período de 7 meses, que comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Persona doblemente elegible: persona que es elegible para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Plan de costos de Medicare: un Plan de costos de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos conforme a la Sección 1876(h) de la ley.

Plan de Necesidades Especiales para Pacientes que Requieren Atención Crónica (C-SNP): son SNP que limitan la inscripción a personas elegibles para MA que tienen condiciones crónicas o graves específicas.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más enfocada en grupos específicos de personas, como los que tienen Medicare y Medicaid, los que residen en un hogar de convalecencia o los que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los obtiene de proveedores de la red o fuera de la red. Generalmente, el costo compartido de los miembros será más alto cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los costos que paga de su bolsillo para servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más elevado para los costos totales que paga de su bolsillo combinados para servicios recibidos de proveedores dentro de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Incluye todos los Planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes de necesidades especiales, los programas piloto o de demostraciones y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): estos planes abarcan a las personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (Título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) una HMO, ii) una PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Plan PACE: un plan PACE (Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada) combina servicios médicos, sociales y servicios y apoyos a largo plazo (LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de convalecencia) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): el seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada para cubrir los *períodos sin cobertura* de Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por una cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función internas del cuerpo, como suministros para ostomía y tratamiento nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un convenio con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar u ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, no pertenecen a nuestro plan ni son operados por este.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluido un reclamo relacionado con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de pago o cobertura.

Reclamo: el nombre formal para *presentar un reclamo* es **interponer una queja**. El proceso de reclamos se aplica *solo* a ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye reclamos si nuestro plan no sigue los períodos del proceso de apelaciones.

Remisión: una orden por escrito de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pueda pagar los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los servicios y suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de la vista, los beneficios dentales o de la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen servicio de rehabilitación en internación, fisioterapia (ambulatoria), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia, es un servicio que se necesita con urgencia si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable recibir este servicio de los proveedores de la red dadas su hora, lugar y circunstancias. Algunos ejemplos de los servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de condiciones existentes. Las visitas de rutina al proveedor que son médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Servicios preventivos: servicios médicos que lo ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de forma temprana, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, pruebas de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas para el control de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): vaya a Ayuda Adicional.

Servicios para Miembros de BlueMedicare Patriot (PPO)

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
Teléfono	1-800-926-6565 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes. Servicios para Miembros, cuyo número de teléfono es 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, nuestro horario de atención es de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes, excepto los días feriados importantes.
Fax	1-305-716-9333
Correo postal	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
Sitio web	www.floridablue.com/medicare

SHINE (Programa SHIP de Florida):

El SHINE es un programa estatal que recibe fondos del Gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros de salud, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Teléfono	1-800-963-5337
TTY	711 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Correo postal	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	www.FLORIDASHINE.org

Declaración de divulgación de la PRA: de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder una recopilación de información, a menos que se indique un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a la siguiente información de contacto: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.