Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de Cobertura para 2026:

Beneficios y servicios de salud y cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de BlueMedicare Value (PPO)

Este documento brinda información sobre su cobertura de salud y medicamentos de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026. **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.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos
- 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 pueden llamar al 1-877-955-8773). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. Esta llamada es gratuita.

Este plan, BlueMedicare Value (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 Value [PPO]).

Este documento está disponible sin cargo en *español.*

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.º de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence: 31 De agosto de 2026)
Y0011_FBM2503S 2025_C

Índice

CAPÍTULO 1: Comenzar como miembro 6
SECCIÓN 1 Usted es miembro de BlueMedicare Value (PPO) 6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía 8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 18
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 20
SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Value (PPO) 20
SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare 28
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) 29
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) 30
SECCIÓN 5 Seguro Social 31
SECCIÓN 6 Medicaid 32
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta 33
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB) 36
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador 37
CAPÍTULO 3: Uso del plan para sus servicios médicos 38
SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan 38
SECCIÓN 2 El uso de proveedores de la red y fuera de la red para obtener atención médica 39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o una necesidad urgente de recibir atención 42
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos? 44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 45
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 46
SECCIÓN 7 Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero 48
CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 50

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos. 50
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 53
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones). 122
CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D.... 126
SECCIÓN 1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 126
SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan 126
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan..... 130
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 132
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría 133
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año..... 136
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos..... 138
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta..... 139
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales..... 140
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos. 141
CAPÍTULO 6: Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D 144
SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D..... 144
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de BlueMedicare Value (PPO)..... 146
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 146
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible..... 148
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial..... 148
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. 153
SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D..... 153
CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos 156
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte por servicios o medicamentos cubiertos.....156
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 159

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 159

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 161

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 161

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 173

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones o reclamos) 175

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación 175

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 176

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 176

SECCIÓN 4 Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones 177

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 180

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 188

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que le darán el alta demasiado pronto 197

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 202

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 206

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones 209

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan 214

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 214

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 214

SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan 217

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 217

SECCIÓN 5 BlueMedicare Value (PPO) debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones 218

CAPÍTULO 11: Avisos legales 220

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 220

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 220

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 220
SECCIÓN 4 Derechos de subrogación adicionales..... 223
SECCIÓN 5 Aviso sobre Florida Blue y Blue Cross and Blue Shield Association 223
CAPÍTULO 12: Definiciones. 224

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de BlueMedicare Value (PPO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en BlueMedicare Value (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 Value (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 Original Medicare.

BlueMedicare Value (PPO) es un Plan Medicare Advantage PPO (PPO, en inglés, 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 empresa privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

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

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en BlueMedicare Value (PPO), entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de BlueMedicare Value (PPO) después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar BlueMedicare Value (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 él.
- Es ciudadano de los Estados Unidos o residente legal de los Estados Unidos.

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

BlueMedicare Value (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. El área de servicio se describe a continuación:

Nuestra área de servicio incluye este condado en Florida: Pinellas

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 1-877-955-8773) para averiguar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare 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).

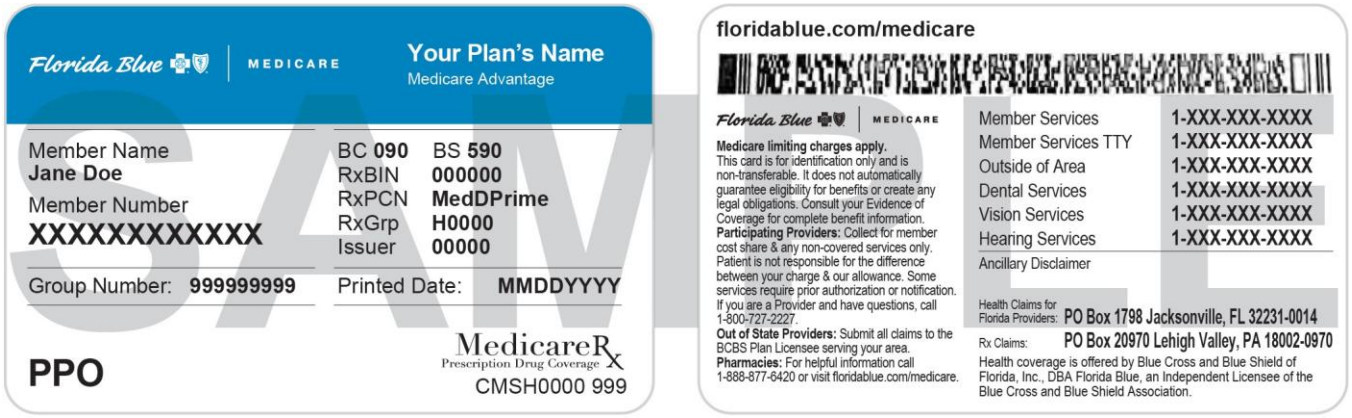
Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía

Sección 3.1 La tarjeta de membresía en el plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



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 Value (PPO), es posible que deba pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o participar en
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 1-877-955-8773) 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 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 completo.

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.

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 1-877-955-8773). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se le enviarán por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* en https://providersearch.floridablue.com/ encontrará las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede utilizar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **www.floridablue.com/medicare**.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o formulario). En esta se indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BlueMedicare Value (PPO). Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos debe cumplir con los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados y reemplazados como se describe en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de BlueMedicare Value (PPO).

La Lista de medicamentos también indica si hay alguna regla que restrinja la cobertura de un medicamento.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener información completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, visite (www.floridablue.com/medicare/forms) o llame a Servicios para Miembros al
1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2026

	Sus costos para 2026
Prima mensual del plan*	$0
* Su prima puede ser más alta que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener más información.	

	Sus costos para 2026
Deducible	• $950 por servicios cubiertos por Medicare recibidos fuera de la red.
Monto máximo de gastos de bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.3 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	Dentro de la red Copago de $0 por visita Fuera de la red 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950
Visitas al consultorio de un especialista	Dentro de la red Copago de $0 para las evaluaciones básicas del equilibrio a fin de determinar si es necesaria una remisión a un especialista en audición cubierto por Medicare. Copago de $60 por consulta, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. Fuera de la red 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950
Hospitalizaciones	Dentro de la red Copago de $385 por día para los días 1 al 7 Copago de $0 por día para los días 8 al 90

	Sus costos para 2026
	Fuera de la red 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D	$615 (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para obtener más detalles). Se aplica al Nivel 3 (medicamentos de marca preferidos), Nivel 4 (medicamentos no preferidos) y Nivel 5 (nivel especializado), excepto para los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.
Cobertura de medicamentos de la Parte D	**Copago/Coseguro durante la Etapa de Cobertura Inicial:** Nivel 1 de Medicamentos: copago de $0 Nivel 2 de Medicamentos: copago de $0 Medicamento de Nivel 3: Coseguro del 21% Usted paga hasta $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 4: Coseguro del 30% Usted paga hasta $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 5: Coseguro del 25% Usted paga hasta $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. Medicamento de Nivel 6: Copago de $0 **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto mensual ajustado relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

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

Si ya recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* no se aplique a su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) y pregunte por la *Cláusula adicional LIS*.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que termine su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tuvo la Parte D o cualquier otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez en BlueMedicare Value (PPO), le haremos saber el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, es posible que pierda sus beneficios de medicamentos con receta.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Tenía cobertura acreditable de medicamentos a través de otra fuente (como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [VA]). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín de nuestro plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se espera que pague el mismo monto que paga el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.

- **Nota:** Las tarjetas de descuento de medicamentos recetados, las clínicas gratuitas y los sitios web de descuentos de medicamentos no son una cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin una cobertura para medicamentos con receta acreditable de la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan computará el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa corresponde al 1% por cada mes que usted no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de multa será del 14 %.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare de la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para el 2026, este monto de la prima promedio es de $38.99.

- Para calcular la multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima de beneficiario básica nacional y redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de $38.99, lo que equivale a $5.4586. Este monto se redondea a $5.46. Esta suma se agregará **a la prima mensual del plan para una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Tres cosas importantes que debe saber sobre la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año,** ya que la prima de beneficiario básica nacional puede cambiar cada año.
- **Seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para envejecer en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre la multa por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción por no pagar las primas de nuestro plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Algunos miembros posiblemente deban pagar un cargo adicional, conocido como monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula usando su ingreso bruto ajustado modificado, como se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si este monto está por encima de cierta cantidad, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente deba pagar conforme a sus ingresos, visite el sitio web www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si usted tiene que pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación para Ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague generalmente la prima de nuestro plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el IRMAA adicional al Gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA extra, se cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para saber cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

Si participa en el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, todos los meses pagará la prima de nuestro plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o medicamentos por los medicamentos con receta (en lugar de pagar a la farmacia). La factura mensual se basa en lo que usted debe por cualquier receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2, se brinda más información sobre el Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar un reclamo o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Hay seis maneras de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Si elige esta opción, se le facturará la multa por inscripción tardía de la Parte D todos los meses. El pago mensual de la multa por inscripción tardía de la Parte D vence el primer día de cada mes. Puede enviar sus pagos mensuales de la multa por inscripción tardía de la Parte D por correo postal mediante cheques a la siguiente dirección: Florida Blue Medicare, PO Box 660289, Dallas, TX 75266-0289. Puede hacer pagos mediante el servicio de correo postal nocturno a Florida Blue Medicare, Attn: CCR, Bldg. 100, 3rd Floor, 4800 Deerwood Campus Pkwy, Jacksonville, FL 32246-6498. También puede hacer pagos en persona con cheques en cualquiera de nuestros centros de Florida Blue. Visite el sitio web www.floridablue.com/center para encontrar el centro más cercano a usted. Asegúrese de presentar los cheques a nombre de Florida Blue, no de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal a cargo de Medicare, ni de la agencia matriz de los CMS, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Opción 2: Que le deduzcan la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta forma, comuníquese con Servicios para Miembros. Con gusto le brindaremos ayuda con este asunto. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros).

Opción 3: Que le deduzcan la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB). Para obtener más información sobre cómo pagar la multa de esta forma, comuníquese con Servicios para Miembros. Con gusto le brindaremos ayuda con este asunto. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros).

Opción 4: Opción de pago automático (APO)

Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se deduzca automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros, o de una tarjeta de crédito o débito. Sus pagos se retirarán mensualmente. Las deducciones se hacen el tercer día del mes.

Puede inscribirse en la opción de pago automático (APO) de alguna de estas tres formas:

1. Visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare/member** y haga clic en el botón “Iniciar sesión” para acceder a su cuenta de miembro en línea. Una vez que inicie sesión, seleccione “My plan” (Mi plan) y luego “Pay my Bill” (Pagar mi factura).

2. Llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

3. Envíenos un formulario de autorización completado por correo postal. Visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare/forms**, haga clic en “Planes Medicare Advantage (Parte C)” y luego desplácese hacia abajo hasta Opción de pago automático (APO). Para hacer una retención de una cuenta corriente o de una cuenta de ahorros, se deberá adjuntar un cheque anulado al formulario.

Si tiene preguntas sobre la APO o desea un formulario de autorización, llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) o visite el sitio web de nuestro plan en **www.floridablue.com/medicare/forms**. Tenga en cuenta que la inscripción puede demorar hasta cuatro semanas en procesarse. Puede revocar la APO al informárnoslo y a su institución financiera 15 días antes del pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D.

Opción 5: Puede pagar en línea

También puede pagar la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D en el sitio web de nuestro plan.

1. Visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare/member** y haga clic en el botón “Iniciar sesión” para acceder a su cuenta de miembro en línea.
2. Haga clic en “Login” (Iniciar sesión).
3. Haga clic en “Pay Your Bill” (Pagar su factura).
4. Haga clic en “Pay Now” (Pagar ahora).

Los pagos en línea se realizan mediante una tarjeta de débito sin PIN que forme parte de las redes PULSE, STAR o NYCE. Los pagos realizados con estas tarjetas de débito no se consideran pagos con tarjeta de crédito. Estos pagos vencen el primer día de cada mes. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D en línea, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el dorso de este documento) o visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare y haga clic en el botón “Iniciar sesión” para acceder a su cuenta de miembro en línea.**

Opción 6: Puede pagar por teléfono

Puede pagar la factura de la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D por teléfono usando el número de su cuenta corriente o de ahorros, junto con el número de enrutamiento de nueve dígitos de su institución financiera. Al igual que los pagos por cheque, estos pagos vencen el primer día de cada mes. Para obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento encontrará impresos los números de teléfono).

Cómo cambiar el modo en que paga la multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma de pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar el método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

El pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D debe llegar a nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no recibimos su pago antes del primer día del mes, le enviaremos un aviso en el que se le indicará que su membresía del plan finalizará si no recibimos su multa por inscripción tardía de la Parte D si la debe, en un plazo de seis meses después de la fecha de vencimiento. Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe hacerlo para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para averiguar si podemos recomendarle programas que le brinden ayuda con los costos.

Si cancelamos su membresía en nuestro plan porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, Original Medicare le brindará cobertura médica. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un plan nuevo durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura para medicamentos acreditable, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

En el momento en que cancelemos su membresía, es posible que aún nos deba las multas. Tenemos el derecho de intentar cobrar el monto que nos debe. Si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos) en el futuro, deberá pagar el monto que nos debe para poder inscribirse.

Si considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar un reclamo (también llamado queja); vaya a 9 para ver cómo presentar un reclamo. Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control y, a causa de ello, no pudo pagarnos la multa por inscripción tardía de la Parte D, si debía hacerlo, puede presentar un reclamo durante nuestro período de gracia. En caso de reclamos, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En el Capítulo 9, Sección 10, de este documento, se indica cómo presentar un reclamo, o puede llamarnos al 1-800-926-6565 entre las 8:00 a. m. y las 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 feriados importantes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773. Tiene un plazo de 60 días calendario luego de la finalización de la membresía para realizar la solicitud.

Sección 5.2 La prima mensual de nuestro plan no cambiará durante el año

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

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar la multa por inscripción tardía, si debe una, o que deba comenzar a pagar una. Esto podría suceder si usted pasa a ser elegible para recibir Ayuda Adicional o si pierde su condición de elegibilidad para recibir Ayuda Adicional durante el año.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y pasa a ser elegible para recibir Ayuda Adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda Adicional, es posible que deba pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos.

Obtenga más información sobre la Ayuda Adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su 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. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos 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.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, 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 a nuestro 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 1-877-955-8773) para informárnoslo. También puede actualizar su información a través del sitio web **www.floridablue.com/medicare/member**. **Haga clic en el botón "Iniciar sesión" para acceder a su cuenta de miembro en línea** y luego seleccione "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 médica o de medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de los beneficios**.

Una vez al año le enviaremos una carta con una lista de otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. 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 1-877-955-8773). 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 seguro que paga en segundo lugar (el “pagador secundario”), solo paga si hay costos que no cubre 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 o más empleados 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 enfermedad renal terminal (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 Value (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 Value (PPO) al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Con gusto lo ayudaremos.

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-305-716-9333**

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
ESCRIBA A	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 sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o los medicamentos de la Parte D. 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 o los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre la atención médica
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-904-301-1614** **Puede enviarnos por fax las solicitudes de decisión de cobertura estándar y rápidas (aceleradas) a este número.**
ESCRIBA A	Florida Blue Medicare Utilization Management Department 4800 Deerwood Campus Parkway Building 900, 5th Floor Jacksonville, FL 32246

Cómo presentar una apelación sobre su atención médica

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre su atención médica, vaya al Capítulo 9.

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. **NOTA: Solo se aceptan por teléfono las solicitudes de apelaciones rápidas (aceleradas). Para esto, llame al 1-877-842-9118. Para presentar una apelación estándar, llame al 1-800-926-6565.**
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-305-437-7490** **NOTA: Envíe por fax solamente las solicitudes de apelaciones rápidas (aceleradas).**
ESCRIBA A	Florida Blue Medicare Attn: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629
SITIO WEB	Inicie sesión en su cuenta de www.floridablue.com/medicare. Para esto, haga clic en el recuadro negro “Log In” (Iniciar sesión), en la parte superior derecha de la pantalla. O BIEN, si desea imprimir, enviar por correo postal o por fax los formularios, visite el sitio web www.floridablue.com/medicare/forms

Cómo presentar un reclamo sobre su atención médica

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias 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 9.

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-305-437-7490** **NOTA: Envíe por fax solamente las solicitudes de reclamos rápidos (acelerados).**
ESCRIBA A	Florida Blue Medicare Attn: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Value (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese al sitio web **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Cómo solicitar una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta que cubre el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información acerca de cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre medicamentos con receta de la Parte D
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-800-693-6703** **NOTA: Puede solicitar las decisiones de cobertura estándar y rápidas (aceleradas) de la Parte D por fax.**
ESCRIBA A	Prime Therapeutics, LLC Attention: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	**www.MyPrime.com**

Cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Método	Información de contacto para apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-800-693-6703** **NOTA: Puede enviar por fax las solicitudes de apelaciones estándar y rápidas (aceleradas).**
ESCRIBA A	Prime Therapeutics, LLC Attention: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	**www.MyPrime.com**

Cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguna de nuestras farmacias de la red, incluso sobre la calidad de su atención. Este tipo de reclamo no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, vaya al Capítulo 9.

Método	Información de contacto para reclamos sobre los medicamentos con receta de la Parte D
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-888-285-2242** **NOTA: Puede enviar por fax las solicitudes de reclamos estándar y rápidos (acelerados).**
ESCRIBA A	Florida Blue Medicare Attn: Medicare Grievance Dept P.O. Box 64813 St. Paul, MN 55164
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Value (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese al sitio web **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Cómo solicitar que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que obtuvo

Si recibió una factura o pagó servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 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 9 para obtener más información.

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
ESCRIBA A	**Para solicitudes relacionadas con la atención médica**: Florida Blue Medicare P. O. Box 1798 Jacksonville, FL 32231-0014 **Para solicitudes relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D**: Prime Therapeutics (Med-D) P.O. Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970
SITIO WEB	**www.floridablue.com/medicare**

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 un 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.

Método	Información de contacto de Medicare
TELÉFONO	**1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227** Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	**1-877-486-2048**

Método	Información de contacto de Medicare
	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.
Chat en vivo	Chatee en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Correo postal	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	**www.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"). • Obtenga información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención que brindan los planes, los hogares de ancianos, los hospitales, los médicos, las agencias de salud en el hogar, los centros de diálisis, los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y los hospitales de atención a largo plazo. • Busca sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar www.Medicare.gov para informarle a Medicare cualquier reclamo que tenga sobre BlueMedicare Value (PPO). **Para presentar un reclamo ante Medicare,** ingrese en 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 de Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental 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 Atender las Necesidades de Seguro 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 de 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.

Método	Información de contacto de SHINE (Programa SHIP de Florida)
TELÉFONO	**1-800-963-5337**
TTY	**1-877-955-8773** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Asuntos de la Tercera Edad del Programa SHINE 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	**www.FLORIDASHINE.org**

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 una queja 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.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.

- Considera que la cobertura de sus servicios de atención médica en el hogar, cuidado en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) finalizará demasiado pronto.

Método	Información de contacto de ACENTRA HEALTH (Organización para la Mejora de la Calidad de Florida)
TELÉFONO	**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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	ACENTRA HEALTH 5201 West Kennedy Boulevard Suite 900 Tampa, FL 33609
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. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Información de contacto del Seguro Social
TELÉFONO	1-800-772-1213

Método	Información de contacto del Seguro Social
	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.
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	**www.ssa.gov**

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. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de Ahorros 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.
- **Doble Elegibilidad con Beneficios Completos (FBDE):** Medicaid puede cubrir parte de los costos compartidos de Medicare para servicios médicos, según el programa de Medicaid de su estado. Usted es elegible para Medicaid completo.

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.

Método	Información de contacto de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (programa de 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 necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	**www.ahca.myflorida.com/Medicaid/**

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) tiene información sobre maneras de reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda Extra de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Extra que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos para las personas con ingresos y recursos limitados. Si califica, recibirá ayuda para pagar la prima mensual de su plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos. La Ayuda Adicional también cuenta como parte de sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para recibir Ayuda Extra, Medicare le enviará una carta morada para informárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para recibir Ayuda Extra:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para presentar su solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda Extra, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de Ahorros de Medicare (MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que usted les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda Extra.

Si califica para recibir Ayuda Adicional y considera que está pagando un monto incorrecto por sus medicamentos con receta en la farmacia, nuestro plan cuenta con un proceso para ayudarle a obtener pruebas del monto correcto del copago. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarlo a compartirla con nosotros.

Si no puede brindar evidencia de elegibilidad para la Ayuda Adicional:

- Le pediremos a usted o a su representante (por ejemplo, su farmacéutico) cierta información, incluso cuándo se quedará sin su medicamento.
- Enviaremos su solicitud a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, en el plazo de un día hábil después de haberla recibido. Los CMS se comunicarán con la oficina estatal de Medicaid para determinar su estado y nos informarán los resultados antes de la fecha en la que usted indicó que se le terminarían los medicamentos o en un plazo de diez días, lo que suceda primero.
- Si le quedan menos de tres días de medicamento, los CMS se comunicarán con la oficina estatal de Medicaid en un plazo de un día después de recibir la solicitud que presentamos en su nombre y nos informarán los resultados en un plazo de un día hábil a partir de la fecha en que recibamos una respuesta del estado.
- Intentaremos notificarle los resultados de la consulta de los CMS en el plazo de un día hábil después de haberlos recibido. Si no podemos comunicarnos con usted la primera vez que lo intentamos, haremos hasta tres intentos más para notificárselo. Nuestro cuarto intento será por escrito. Nuestro aviso incluirá la información de contacto de los CMS en caso de que no esté de acuerdo con los resultados de la consulta.
- Le proporcionaremos sus medicamentos a un nivel de costo compartido reducido tan pronto como descubramos que es elegible para obtener "Ayuda Extra" con los costos de sus medicamentos recetados.

Si tiene evidencia de elegibilidad para Ayuda Extra:

- Debemos aceptar cualquiera de los siguientes tipos de evidencia como prueba de que usted es elegible para recibir "Ayuda Extra". Puede presentar evidencia usted o su farmacéutico, su defensor, su representante, un familiar u otra persona que actúe en su nombre. Cada artículo que se menciona a continuación debe indicar que usted fue elegible para Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior:
    - Una copia de su tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y una fecha de elegibilidad.
    - Una copia de un documento del estado que confirme el estado activo de Medicaid.
    - Una impresión de su expediente de inscripción electrónica de su estado donde se indique el estado de Medicaid.
    - Impresión de la pantalla de los sistemas de Medicaid del estado en la que se muestre su estado en Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior.
    - Otra documentación brindada por el estado que indique el estado de Medicaid.

- Un informe de contacto que incluya la fecha en que se realizó una llamada de verificación a la agencia estatal de Medicaid y el nombre, el cargo y el número de teléfono del miembro del personal del estado que verificó el estado de Medicaid.
- Una remesa de un centro de atención a largo plazo que muestre el pago de Medicaid para usted por un mes calendario completo.
- Una copia de un documento estatal que confirme el pago de Medicaid a un centro de cuidado a largo plazo por un año calendario completo en su nombre.
- Una impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid de su estado donde se indique su estado institucional de acuerdo con una estadía de, al menos, un mes calendario completo para propósitos de pago de Medicaid;
- Una copia de un documento estatal que confirme su estado activo de Medicaid y muestre que está recibiendo servicios en el hogar y en la comunidad;
- Un aviso de adjudicación de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) con una fecha de entrada en vigencia, o bien
- Una carta de información importante de la Administración del Seguro Social (SSA) que confirme que usted es elegible automáticamente para recibir “Ayuda Extra”.

Cuando tengamos las pruebas que demuestren el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próximo medicamento con receta. Si paga de más por el copago, se lo reembolsaremos, ya sea mediante un cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos efectuar el pago directamente al estado. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si tiene Ayuda Extra y cobertura del Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a personas que tienen VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos indispensables para tratar el VIH. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados a través del *Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA* de Florida.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, entre los que se incluyen presentar evidencia de que residen en el estado y del estadio del VIH, tener bajos ingresos (de acuerdo con lo definido por el estado) y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripciones del ADAP para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-352-2437 (TTY 1-888-503-7118) o envíe un correo postal a HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los costos directos de su bolsillo de los medicamentos que cubre nuestro plan, distribuyéndolos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago.

Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2026. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) o visite www.Medicare.gov.

Método	Información de contacto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad. Del 1 de abril al 30 de septiembre, nuestro horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, excepto los feriados importantes. Servicios para Miembros 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955- 8773) también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-305-716-9333**
ESCRIBA A	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	**www.floridablue.com/medicare/member**

SECCIÓN 8 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.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios (RRB): información de contacto
TELÉFONO	**1-877-772-5772** Las llamadas a este número son gratuitas. Pulse "0" para hablar con un representante de la Junta de Jubilación para Ferroviarios (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.
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 9 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 1-877-955-8773) si tiene preguntas. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho). 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.

Si tiene otra cobertura de medicamentos a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados, póngase en contacto con el **administrador de beneficios de ese grupo.** El administrador de beneficios puede ayudarle a entender cómo se coordinará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

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. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de 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.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta 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. Los servicios cubiertos en relación con los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

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

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

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

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro 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 afección médica, y cumplen los estándares de práctica médica aceptados.
- **Usted recibe atención de un proveedor que es elegible para brindar servicios en virtud de Original Medicare.** 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*. https://providersearch.floridablue.com/ un Proveedor.
    - Si utiliza un proveedor fuera de la red, la parte que le corresponde de los costos de sus servicios cubiertos podría ser mayor.
    - Nota: 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

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

Es posible que necesite una autorización previa para ciertos servicios (vaya al Capítulo 4 para obtener información sobre qué servicios requieren autorización previa). S 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 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*), encontrará más información sobre lo que debe hacer si necesita que tomemos una decisión de cobertura o si quiere apelar una decisión que hayamos tomado.

Si no tiene una determinación anticipada, también se puede obtener una autorización de un proveedor de la red que derive 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.

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

Si necesita determinados servicios o suministros cubiertos, su médico deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). La Tabla de beneficios médicos de la Sección 2.1 del Capítulo 4 indica qué servicios requieren autorización previa.

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 cuando su proveedor deja nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
    - 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.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para continuar con la atención.
- 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 recibiéndolos.
- 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
costo compartido 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 9).

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 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 los servicios cubiertos podría ser mayor.** Aquí hay cosas 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 derivación 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 (vaya a la Sección 4 del Capítulo 9). 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 le comunicamos que no cubriremos los servicios que recibió, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su atención (vaya al Capítulo 9).
- 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. O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que cree que deberíamos pagar, puede enviárnosla para que la paguemos (vaya a 7).
- 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 mujer 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 afección 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 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 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 afección está estable y cuándo termina la emergencia médica.

Una vez superada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección continúe 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.

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, 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 afecciones 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 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 recibidos 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 Centro de 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.

Para obtener información adicional sobre la cobertura de servicios de urgencia fuera de los Estados Unidos, vaya la Sección 2 del Capítulo 4, Tabla de beneficios de Medicare.

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. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, puede obtener su medicamento con receta en una farmacia fuera de la red. Vaya a la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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 recibe 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 7 para obtener información sobre qué hacer.

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

BlueMedicare Value (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, usted será responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del 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 llamado ensayo clínico) es una manera que tienen los médicos y los científicos de probar nuevos tipos de atención médica, como estudiar 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, Original Medicare 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 Original Medicare), le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Podrás 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 de Medicare 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, Original Medicare 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 Original Medicare 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 7 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 Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Original Medicare. 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 por el nuevo artículo o servicio que se está probando en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted no estuviera 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 cubriría las tomografías computarizadas (CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese 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 www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. 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 afección 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**.

- El tratamiento o la atención médica que **no estén exceptuados** hacen referencia al tratamiento 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 usted recibe que es voluntaria u *obligatoria* 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 afección 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 estará cubierta.

Su estadía en una institución religiosa de atención sanitaria no médica no está cubierta por 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 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 hospitalizados y de los centros 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 que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre se queda con algunos artículos del equipo médico duradero (DME), como prótesis. Otros tipos de DME se deben alquilar.

En Original Medicare, 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 Value (PPO), no obtendrá la propiedad de los artículos de equipos médicos duraderos (DME) alquilados, independientemente de cuántos copagos haga para el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No obtendrá la propiedad, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

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 Original Medicare 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 Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

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

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

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

Original Medicare 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 copago 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

En la Tabla de beneficios médicos se indican los servicios cubiertos y se detalla cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de BlueMedicare Value (PPO). En esta sección también se brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en determinados servicios.

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

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

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. (Encontrará más información sobre el deducible de nuestro plan en la Sección 1.2).
- 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 El deducible de nuestro plan

Su deducible es de $950. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de la mayoría de sus servicios cubiertos. Después de que usted pague el deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte del monto del copago o del coseguro durante el resto del año calendario.

El deducible de $950 mencionado anteriormente no se aplica a ningún servicio dentro de la red ni a ciertos servicios fuera de la red, incluidos los servicios preventivos cubiertos por Medicare. Esto significa que debe pagar el costo total de los servicios que elija obtener de un proveedor fuera de la red. Una vez que alcance el deducible de su plan, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- Todos los servicios dentro de la red Fuera de la red:

- Todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Atención de emergencia
- Servicios de urgencia
- Servicios dentales integrales complementarios
- Servicios dentales preventivos y de diagnóstico complementarios
- Beneficio de acondicionamiento físico
- Exámenes de audición de rutina adicionales
- Audífonos
- Evaluación y ajuste de audífonos
- Anteojos de rutina adicionales
- Sala de emergencias en todo el mundo y servicios de urgencia
- Ambulancia
- Cuidados terminales
- Educación sobre la enfermedad renal
- Pruebas de detección de glaucoma

Sección 1.3 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por las Partes A y 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:

- El **monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red** es de $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, los deducibles 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 paga por los medicamentos con receta de la Parte D y los servicios de proveedores fuera de la red no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su 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 ha pagado $6,750 por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de proveedores de la red, no deberá pagar ningún costo 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 copagos, los deducibles y el coseguro por los servicios cubiertos se tienen en cuenta para el monto máximo combinado que paga de su bolsillo. (Los montos que paga por los medicamentos con receta de la Parte D no 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 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 1.4 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

Como miembro de BlueMedicare Value (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), nunca 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 tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, entonces usted paga el monto del coseguro multiplicado por la tasa 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 1-877-955-8773).

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 Value (PPO) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D está cubierta en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen estos 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 afección médica y cumplen los estándares de buena práctica médica aceptados.
- En el caso de las nuevas personas inscritas, el plan de atención coordinada Medicare Advantage (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) de BlueMedicare Value (PPO).
    - 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 de coseguro, el monto que paga depende del tipo de proveedor del que recibe 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 tasa 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 tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. En el caso de otros, paga menos. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2026* [Medicare y usted de 2026]. Puede verla en línea en 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 Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. No obstante, si también recibe tratamiento o se somete a un control debido a una afección médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para tratar dicha afección médica.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio durante el año 2026, 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 tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. **Fuera de la red** 50% del costo total
Acupuntura para dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 visitas en 90 días cubiertas para los beneficiarios de Medicare 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. 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:**	**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.** **Dentro de la red** Copago de $20 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) Los médicos (según se define en la Sección 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura conforme a los requisitos estatales correspondientes. Los auxiliares médicos (PA), los profesionales en enfermería (NP) o los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según se define en la sección 1861(aa)(5) de la Ley) 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 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), §§ 410.26 y 410.27.	
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; y servicios de ambulancia terrestre, al centro apropiado más cercano que pueda brindar atención solo si se trata de un miembro cuya afección médica es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección 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 para el traslado de un centro a otro en ambulancia terrestre Copago de $315 por viaje de ida **Ambulancia aérea**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia (continuación)	Coseguro del 20% por viaje de ida **Ambulancia terrestre <u>fuera de la red</u>** Copago de $315 por viaje de ida **Ambulancia aérea** 20% del costo total por viaje de ida
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 *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una visita de *Bienvenido a Medicare* 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 obstetra/ginecólogo y otra brindada por su proveedor elegido (POC) dentro de 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 obstetra/ginecólogo.	**<u>Dentro de la red</u>** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar. **<u>Fuera de la red</u>** 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Visita anual de bienestar (continuación)	
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).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. **Fuera de la red** 50% del costo total
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 también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca regulares.	**Dentro de la red** Copago de $35 para las visitas de rehabilitación cardíaca cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios. Copago de $50 para las visitas de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca (continuación)	**Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento del comportamiento intensivo de enfermedades cardiovasculares. **Fuera de la red** 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).	**Dentro de la red** No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años. **Fuera de la red** 50% del costo total
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina (continuación) • 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: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. **Nota:** No se cubren las visitas al consultorio, las modalidades terapéuticas (es decir, fisioterapia) ni las radiografías realizadas o solicitadas por un quiropráctico.	**Dentro de la red** Copago de $15 por cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido de este servicio variará en función de cada uno de los servicios prestados durante el tratamiento.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de manejo y tratamiento del dolor crónico (continuación)	**Dentro de la red** Copago de $0 por servicios en el consultorio de un médico. Copago de $60 por servicios en el consultorio de un médico especialista Copago de $50 por servicios durante la fisioterapia y la terapia ocupacional **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
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 tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.	**Dentro de la red** 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 puede pagar 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 le 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 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.	**Fuera de la red** 50% del costo total de una prueba de detección de cáncer colorrectal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, en especial, cuando dicho servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. 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.** **Dentro de la red** Copago de $60 para la atención dental que no es de rutina cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950
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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para una visita anual para la prueba de detección de depresión. **Fuera de la red** 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes 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.	**Dentro de la red** No se requiere ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total
Capacitación para 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 dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (con los zapatos no se incluyen las plantillas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación sobre la autogestión de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • 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 agujas, jeringas o insulina para autoinyección como parte de su beneficio de farmacia (Parte D de Medicare). Puede obtener estos artículos en una farmacia minorista de la red local o a través de una de nuestras **farmacias de pedido por correo**. Su costo compartido se basa en la colocación del producto en el nivel aprobado en la lista de medicamentos (Formulario) para el año del plan.	**Dentro de la red** Copago de $0 para medidores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y dispositivos de lanceta cubiertos por Medicare. Copago de $0 para plantillas y zapatos terapéuticos para personas con diabetes. Copago de $0 para capacitación para la autogestión de la diabetes. 20% de coseguro para medicamentos administrados mediante el uso de una bomba de DME cubierta. ***(NOTA: Es posible que se necesite autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros).*** No pagará más de un copago de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de gastos compartidos, aunque no haya pagado el deducible de la Parte D.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Capacitación para la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) • 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 (Eg. Freestyle Lite y Ascencia (Contour®) se pueden obtener SOLO de una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare, no a través de DME. Es posible que la cobertura de los monitores continuos de glucosa (CGM) de necesidad médica, como Freestyle Libre y Dexcom, y los suministros requieran una autorización previa de Florida Blue Medicare. • Los CGM pueden obtenerse a través de una farmacia de pedido por correo o farmacia minorista contratada. • El surtido inicial de un monitor continuo de glucosa (CGM) o insulina cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor participante de DME. o 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 contratado de DME.	**Fuera de la red** 50% del costo total para capacitación sobre la autogestión de la diabetes. 50% del costo total por servicios y suministros para la diabetes después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950. 50% del costo total por zapatos terapéuticos y plantillas para la diabetes después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950. 50% del costo total de los medicamentos administrados mediante el uso de una bomba de DME cubierta después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950. Para conocer los costos compartidos aplicables a la insulina y las jeringas, consulte el Capítulo 6.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación) (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 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 Original Medicare. 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 **www.floridablue.com/medicare**. En la parte superior de la ventana de navegación, haga clic en “Member Resources” (Recursos del miembro) y, a continuación, haga clic en “Find a Pharmacy” (Buscar una farmacia). • 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. Es posible que la cobertura de los monitores continuos de glucosa (CGM) de necesidad médica, como Freestyle Libre y Dexcom, y los suministros requieran una autorización previa de Florida Blue Medicare. • Los CGM pueden obtenerse a través de una farmacia de pedido por correo o farmacia minorista contratada. • El surtido inicial de un monitor continuo de glucosa (CGM) o insulina cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor participante de DME. o Puede obtener resurtidos adicionales a través de su farmacia minorista contratada o farmacia de pedido por correo. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono). **Nota importante:** Las jeringas están cubiertas conforme al beneficio de medicamentos con receta (Parte D) solo cuando se compran junto con insulina. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta sobre esta cobertura. Su costo compartido de estas jeringas se basa en la colocación en el nivel aprobado en la lista de medicamentos (Formulario) para nuestro año del plan.	**Es posible que se necesite autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro de la red** Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de un coseguro mensual del 20%. El costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en BlueMedicare Value (PPO) usted había realizado 36 meses de pago de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en BlueMedicare Value (PPO) es un coseguro del 20% mensual. • Coseguro del 20% para los equipos médicos duraderos aprobados por el plan y cubiertos por Medicare. • Coseguro del 20% para todas las sillas de ruedas motorizadas y los escúteres eléctricos aprobados por el plan y cubiertos por Medicare. • 20% de coseguro para medicamentos administrados mediante el uso de una bomba de DME cubierta.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Equipos médicos duraderos (DME) y suministros relacionados (continuación)	• Coseguro del 20% para dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare, suministros relacionados con dispositivos prostéticos y órtesis ***(NOTA: Es posible que se necesite autorización previa para ciertos artículos, solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros).*** **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
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 y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección 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. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.	**Dentro y fuera de la red** 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.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia (continuación) Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se brindan fuera de la red son los mismos que para los servicios que se brindan dentro de la red.. Los medicamentos orales y otros medicamentos aprobados para la autoadministración que se reciban durante una visita a la sala de emergencia o se den al momento del alta luego de una admisión como paciente internado pueden estar cubiertos según su beneficio de farmacia (Parte D). La cobertura se basa en los beneficios de farmacia vigentes al momento de su visita. Comuníquese con Servicios para Miembros para solicitar un formulario de reclamación. Consulte también el apartado “Servicios de urgencia”.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que su afección 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.
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 Centro de 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.	**Fuera de la red** 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 1-888-423-4632 (TTY: 711) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Este). • Como alternativa para los miembros que no pueden ir a un centro participante de SilverSneakers, está disponible SilverSneakers® Steps. SilverSneakers Steps es un programa de actividad física autodirigida que les permite a los miembros medir, registrar e incrementar la actividad física que elijan. 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 en SilverSneakers Steps en **silversneakers.com/member**.	**Dentro y fuera de la red** No hay ningún costo para usted por participar en nuestro SilverSneakers Fitness Program. La cobertura se limita a los servicios de proveedores aprobados por el plan
Servicios de audición Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	**Dentro de la red** Copago de $0 por las evaluaciones auditivas de diagnóstico y de equilibrio. Copago de $60 por consulta, diagnóstico y tratamiento.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de audición (continuación)	
	Fuera de la red 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Servicios de audición* (beneficios adicionales) También cubrimos los siguientes servicios y suministros auditivos adicionales no cubiertos por Medicare:	
Examen auditivo de rutina: Un examen por año	**Dentro de la red** Copago de $0 **Fuera de la red** El miembro debe presentar recibos para obtener un reembolso del 50% del monto máximo permitido
Evaluación y ajuste de audífonos: Una evaluación o ajuste de audífonos por año	**Dentro de la red** Copago de $0 **Fuera de la red** El miembro debe presentar recibos para obtener un reembolso del 50% del monto máximo permitido
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. Comuníquese con Servicios para Miembros 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	**Nivel de tecnología dentro de la red: Copago por audífono** o Inicial: $350.00 por dispositivo o Básico: $525.00 por dispositivo o Principal: $825.00 por dispositivo o 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.	o Avanzado: $1,425.00 por dispositivo o Prima: $1,825.00 por dispositivo 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 precio habitual de los audífonos de nivel básico aprobados. Hasta 2 dispositivos por año.
Prueba de detección de VIH En el caso de las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que corren un mayor riesgo de contraer una infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si está embarazada, cubrimos: • Hasta 3 exámenes 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
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 en el hogar; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica en el hogar combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).	**Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, dentro de la red solamente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Agencia de atención médica a domicilio (continuación) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	**Dentro de la red** Copago de $0 para visitas de atención médica a domicilio cubiertas por Medicare (incluidos los servicios de infusión a domicilio, pero con exclusión de los medicamentos de infusión). **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
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 el plan de atención. • Capacitaciones y educación para pacientes que no están cubiertos de otra manera por el beneficio del equipo médico duradero. • 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.	**Dentro de la red** $0 por cada servicio de infusión a domicilio de Avastin o inyecciones para alergias más cualquier copago aplicable según la ubicación del servicio. Coseguro de hasta el 20% para medicamentos de quimioterapia, medicamentos de infusión y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. ***(NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare (excepto 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.***

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de infusión en el hogar (continuación)	***Puede consultar una lista de medicamentos de Medicare Parte B 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 folleto encontrará impresos los números de teléfono).*** **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Cuidados terminales 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. Es posible que reciba atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en nuestro área de servicio del plan, incluidos los que la organización Medicare Advantage (MA) posee, controla o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio 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 Si lo ingresan en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan. Si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no BlueMedicare Value (PPO), paga los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. **Dentro y fuera de la red** Copago de $0 por consulta médica para la elección de servicios de cuidados de hospicio.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio (continuación) **Para los servicios de hospicio y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubre. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean 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 para estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener 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, usted paga los costos compartidos según Original Medicare. **Servicios cubiertos por BlueMedicare Medicare (PPO), pero no cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare**: BlueMedicare Value (PPO) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos en virtud de la Parte A o B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico en fase terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:** Si estos medicamentos no se relacionan con su afección terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga el costo compartido. Si se relacionan con su afección terminal que requiere cuidados paliativos, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué pasa si está en un hospicio certificado por Medicare?).*	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuidados de hospicio (continuación) **Nota:** Si necesita atención que no sea de hospicio (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 hospicio (una sola vez) para una persona que padece una enfermedad terminal y no ha optado por el beneficio de hospicio.	
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 corre 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. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de los beneficios de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener información adicional.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, gripe/influenza, 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.	**Es posible que se requiera una autorización previa para la atención hospitalaria que no sea de emergencia, dentro de la red solamente.** **Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Se cobra un deducible u otro costo compartido por cada estadía en el hospital.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios). • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios radiológicos. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados. • 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 Original Medicare. Si BlueMedicare Value (PPO) presta servicios de trasplante en un sitio fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige recibir el trasplante en un sitio alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • 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 paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente internado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	**También se aplicarán costos compartidos si lo vuelven a admitir para la misma afección.** **Si obtiene autorización para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red.** **Dentro de la red** **Días 1 al 7:** copago de $385 por día por hospitalización 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 *autorización* para recibir atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que debería pagar en un hospital de la red. Copago de $0 para los de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. **Fuera de la red**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) Obtenga más información en la hoja informativa de *beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja informativa está disponible en www.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. Los medicamentos orales y otros medicamentos aprobados para la autoadministración que se otorguen al momento del alta luego de una hospitalización o que se reciban durante una visita a la sala de emergencias pueden estar cubiertos según su beneficio de farmacia (Parte D). La cobertura se basa en los beneficios de farmacia vigentes al momento de su visita. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener un formulario de reclamaciones.	50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
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 durante la vida No se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en la unidad psiquiátrica de un hospital general. • 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.	**Es posible que se requiera autorización previa para la atención de la salud mental para pacientes internados 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.** **También se aplicarán costos compartidos si lo vuelven a admitir para la misma afección.** **Dentro de la red** **Días 1 al 6:** copago de $350 por día (por hospitalización cubierta por Medicare). No se le cobrará un copago por el día del alta. **Días 7 al 90:** copago de $0 por día (por hospitalización cubierta por Medicare).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico (continuación)	**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 después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de atención de enfermería especializada durante una hospitalización no cubierta Si agotó sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • 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 bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • 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 individual durante el primer año que recibe los servicios de tratamiento médico nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.** El Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP. **Fuera de la red** 50% del costo total
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen 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 médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en 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.	**Es posible que se requiera una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare (excepto 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.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)	
• El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (de nombre genérico lecanemab), que 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. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre. • 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. • 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). A medida que haya nuevos medicamentos orales disponibles para el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubrirá. • 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.	**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 folleto encontrará impresos los números de teléfono).** El costo compartido de la insulina está sujeto a un límite de coseguro de $35 para el suministro de insulina de un mes y no se aplican deducibles a nivel del plan. **Dentro de la red** • Copago de $0 por Avastin® (bevacizumab) para inyecciones oculares • Copago de $0 por sueros de antígenos para alergias cubiertos por Medicare. • Coseguro de hasta el 20% para 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) • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio por ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinante de fosfatos en el marco del sistema de pago para la enfermedad renal terminal (ESRD), incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, como 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 ESRD o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • 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 nuestra Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. En el Capítulo 5 se explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D, lo que incluye las reglas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para las recetas. Lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6. Los medicamentos orales y otros medicamentos aprobados para la autoadministración recibidos durante una visita a la sala de emergencias o administrados al momento del alta, luego de una hospitalización, no están cubiertos en la factura del hospital. Es posible que estén cubiertos conforme a su beneficio de farmacia (Parte D). La cobertura se basa en los beneficios de farmacia vigentes al momento de su visita. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener un formulario de reclamaciones.	**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. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación)	
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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos. **Fuera de la red** 50% del costo total
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 uso de sustancias ilícitas • Terapia individual y grupal • Análisis de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	**Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios no urgentes, solo dentro de la red.** **Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro de la red** Copago de $40 por cada sesión cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías	**Es posible que se requiera una autorización previa para ciertos artículos.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)	
• 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: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre que necesite • Pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), resonancias magnéticas (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (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).	**solo dentro de la red. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **<u>Dentro de la red</u>** ***Servicios profesionales y de proveedores*** • Consultorio médico: copago de $0 • Especialista: copago de $60 ***X-Radiografías*** • Consultorio médico: copago de $15 • Centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF): copago de $15 • Centro/hospital para pacientes ambulatorios: Copago de $150. ***Radioterapia*** • Coseguro del 20% ***Servicios de sangre (incluido el almacenamiento y la administración)*** • Copago de $0 ***Procedimientos y pruebas de diagnóstico*** • Copago de $75

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 médico: copago de $75 • IDTF: copago de $100 • Centro hospitalario para pacientes ambulatorios: copago de $250 • Ecografía de diagnóstico: copago de $0 ***Pruebas de alergia*** • Copago de $0 ***Broncoscopia de diagnóstico*** Centro quirúrgico ambulatorio: $0 de copago. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
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.	**Dentro de la red** Copago de $130 para servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación) Para que se cubran los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, se deben cumplir los criterios de Medicare y los servicios se deben considerar 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 sabe con certeza si es un paciente ambulatorio, pregúnteselo al personal del hospital. Obtenga más información en una hoja informativa de *beneficios hospitalarios de Medicare.* Esta hoja informativa está disponible en https://es.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.	Fuera de la red 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Servicios hospitalarios 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 facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento como paciente 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.	Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, dentro de la red solamente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros. Dentro y fuera de la red *Servicios de emergencia* Copago de $130 *Servicios de diálisis* Coseguro del 20%

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	
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, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de beneficios hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en www.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** ***Servicios médicos*** Copago de $0 por una visita al consultorio de un proveedor de su elección en una clínica profesional administrada por un centro Copago de $60 por visita a un especialista en una clínica profesional gestionada por el centro ***Servicios de observación*** Copago de $130 ***Servicios de radiografía*** Copago de $150 en un hospital para pacientes ambulatorios. ***Radioterapia*** Coseguro del 20% en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios ***Servicios de laboratorio*** Copago de $40 en un hospital 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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	
	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 ***Avastin® (bevacizumab) para inyecciones oculares e inyecciones para la alergia*** Copago de $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 para pruebas de alergia ***Servicios de salud mental*** Copago de $40 por sesión individual en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	
	Copago de $30 por sesión grupal en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios ***Fisioterapia*** Copago de $45 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios ***Terapia linfática*** Copago de $0 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios ***Terapia del habla*** Copago de $45 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios ***Terapia ocupacional*** Copago de $50 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios ***Terapia de ejercicios supervisados (SET)*** Copago de $25 en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios ***Servicios por trastorno por abuso de sustancias*** 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 **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, licenciado en consejería profesional (LPC), licenciado en terapia de pareja y familiar (LMFT), profesional en enfermería (NP), auxiliar médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal correspondiente.	**Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios no urgentes, solo dentro de la red.** **Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro de la red** Copago de $30 por cada sesión grupal cubierta por Medicare Copago de $40 por cada sesión individual cubierta por Medicare **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 por cada visita de terapia individual o grupal.
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, dentro de la red solamente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro de la red** • Copago de $50 para terapia ocupacional en todos los centros de servicio

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (continuación)	• Copago de $45 para fisioterapia en todos los centros de servicio • Copago de $45 para terapia del habla en todos los centros de servicio • Copago de $0 para el tratamiento del linfedema en todos los centros de servicio **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Servicios para trastorno por uso de sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios Servicios de tratamiento para el trastorno por uso de sustancias ilícitas que se proporcionan en el hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias ilícitas 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, dentro de la red solamente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro de la red** Copago de $30 por cada sesión grupal cubierta por Medicare Copago de $40 por cada sesión individual cubierta por Medicare **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 por cada visita de terapia individual o grupal.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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 hospitalizado, 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, dentro de la red solamente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro de la red** Copago de $295 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. Copago de $0 para broncoscopia brindados en un centro quirúrgico ambulatorio. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o terapeuta profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.	**Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios no urgentes, solo dentro de la red.** **Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios (continuación) El *servicio intensivo para pacientes ambulatorios* 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, 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 matrimonial y familiar autorizado (LMFT) o terapeuta profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	**Dentro de la red** Copago de $50 para hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Atención primaria y de urgencia, dermatología, salud del comportamiento (incluidos tratamientos con opioides y servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios), terapia a domicilio (incluye terapias del habla y ocupacional y fisioterapia), servicios nutricionales y dietéticos. o 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. o 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.	**Dentro de la red** ***Visitas al consultorio*** Copago de $0 para visitas al consultorio de un proveedor de su elección. Copago de $60 para visitas al consultorio de especialistas. *NOTA: Las pruebas de laboratorio y las pruebas de diagnóstico en el consultorio de un proveedor elegido (POC) o de un especialista se incluyen como parte del copago correspondiente para las visitas al consultorio.* Copago de $0 para todos los demás servicios profesionales no especificados en esta tabla. ***Servicios auditivos cubiertos por Medicare*** Copago de $0 para exámenes auditivos básicos de audición y relacionados con el equilibrio en el consultorio de un especialista.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)	
• 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. • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental en estos casos: o Tiene una visita presencial dentro de 6 meses antes de su primera visita por telesalud. o Tiene una visita presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. o Se pueden hacer excepciones a lo mencionado anteriormente en ciertas circunstancias. • 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**: o No es un paciente nuevo, **y** o El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o 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 cumple con las siguientes condiciones**: o No es un paciente nuevo, **y**	Copago de $60 para servicios de audición cubiertos por Medicare. ***Servicios dentales cubiertos por Medicare*** Copago de $60 para 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).*** ***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). Copago de $0 para inyecciones para la alergia cubiertas por Medicare. Copago de $0 para Avastin® (bevacizumab) para inyecciones oculares.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)	
○ 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. • 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.	Coseguro de hasta el 20% para medicamentos de quimioterapia, medicamentos de infusión y todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. ***(NOTA: Es posible que se requiera una autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare (excepto 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 cumplen con estos requisitos (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números*** ***los números de teléfono)).*** **Dentro y fuera de la red** ***Servicios profesionales prestados en el centro*** 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)	
	Fuera de la red 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 por visitas al consultorio del proveedor de su elección. 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 para visitas al consultorio de especialistas. ***Servicios auditivos cubiertos por Medicare*** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950. ***Servicios dentales cubiertos por Medicare*** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950. ***Inyecciones para alergias, 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).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)	El 50% del costo total del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
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 afecciones médicas que comprometen las extremidades inferiores.	**Dentro de la red** Copago de $35 por cada visita de podología cubierta por Medicare. **Fuera de la red** El 50% del costo total del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
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: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por inyectarse el medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (que incluyen la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de 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.	**Dentro de la red** No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio de la PrEP. **Fuera de la red** 50% del costo total

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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.	**Dentro de la red** No se debe pagar coseguro, copago ni deducible a las pruebas anuales de antígeno prostático específico (PSA). **Fuera de la red** 50% del costo total
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. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la eliminación de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta sección).	**Es posible que se necesite 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.** **Dentro de la red** Coseguro del 20% para dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare, suministros relacionados con dispositivos prostéticos y órtesis. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a muy grave y tienen una orden del médico que trata su enfermedad respiratoria crónica para realizar un tratamiento de rehabilitación pulmonar.	**Dentro de la red** Copago de $15 para visitas de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de consumo excesivo de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.	**Dentro de la red** No se requiere ningún coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y los servicios de asesoramiento para reducir consumo excesivo de alcohol cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 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 tomografía computarizada de baja dosis (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 tomografía computarizada de baja dosis (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.	**Dentro de la red** 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. **Fuera de la red** 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) *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 decisión compartida 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.	
Pruebas 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, pagamos por 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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total
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.	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas (continuación)	
También cubrimos hasta dos sesiones personales súper intensivas de asesoramiento del comportamiento de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención primaria, como en un consultorio del médico.	**Fuera de la red** 50% del costo total
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios cubiertos 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 seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal en toda la vida. • 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 ingresado en el hospital para recibir 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). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte los medicamentos con receta de la **Parte B de Medicare** en esta tabla.	**Dentro y fuera de la red** Coseguro de 20% para los servicios de diálisis en todos los lugares de servicio. **Dentro de la red** Copago de $0 para servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total para servicios educativos sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada suelen llamarse SNF). La cobertura se limita 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 administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: incluidos almacenamiento y 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. Generalmente, la atención en los SNF la obtendrá en los centros de la red. No obstante, 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 atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que se retire del hospital.	**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 a 20:** copago de $0 por día (por periodo de beneficios). **Días 21 a 100:** copago de $218 por día (por periodo 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 lo internan en un hospital o en un SNF después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios que puede tener. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y dejar el consumo de 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 la consejería. • 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).	**Dentro de la red** No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total
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 o profesional en enfermería/enfermero clínico especialista capacitado tanto en técnicas de soporte vital básicas como avanzadas.	**Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, dentro de la red solamente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro de la red** Copago de $25 por cada sesión de terapia de ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare. **Fuera de la red** 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de ejercicios supervisados (SET) (continuación) 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.	
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 recibir 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 con opioides y servicios para trastornos por uso de sustancias ilícitas) • Terapia a domicilio (incluidas terapia del habla, ocupacional y física) • Servicios nutricionales y dietéticos Para recibir 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 en persona. Estos servicios varían según cada médico.	**Es posible que se requiera una autorización previa para los servicios, dentro de la red solamente. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro de la red** • Copago de $50 por servicios de urgencia • Copago de $0 por proveedor de su elección • Copago de $50 por terapia ocupacional • Copago de $45 para fisioterapia • Copago de $45 para terapia del habla • Copago de $60 por servicios de dermatología • Copago de $40 para sesiones individuales para servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios • Copago de $40 para sesiones individuales para servicios especializados de psiquiatría para pacientes ambulatorios • Copago de $40 para los servicios del programa de tratamiento con opioides

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Telesalud (beneficios adicionales) (continuación)	
	• Copago de $40 para sesiones individuales por servicios para trastorno por uso de sustancias ilícitas para pacientes ambulatorios • Copago de $0 para capacitación para la autogestión de la diabetes • Copago de $0 para servicios dietéticos **Fuera de la red** • Servicios de urgencia: copago de $50 • Proveedor de su elección: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 • Terapia ocupacional: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 • Fisioterapia: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 • Terapia del habla: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 • Servicios de dermatología: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Telesalud (beneficios adicionales) (continuación)	
	• Servicios especializados de salud mental: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 • Servicios especializados de psiquiatría: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 • Tratamiento con opioides: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 • Servicios para trastorno por uso de sustancias ilícitas 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950 • Capacitación sobre la autogestión de la diabetes: 50% del costo total • Servicios dietéticos: 50% del costo total después de alcanzar su deducible fuera de la red de $950
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 usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o, incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contratos. Su plan debe cubrir	**Dentro y fuera de la red** copago de $50 para cuidado urgentes cubiertas por Medicare cuando los servicios se brindan en un Centro de Atención de Urgencia.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de urgencia (continuación) servicios de urgencia y solo cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de los servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas, o exacerbaciones inesperadas de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los seguimientos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o la red del 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 si los necesita (en todo el mundo). Ir a 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.	
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 para los servicios cubiertos por Medicare prestados en un centro de atención conveniente. **El copago <u>no</u> se exime si ingresa al 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 recibe 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.**	**<u>Fuera de la red</u>** Copago de $130 para los servicios de urgencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los EE. UU. o sus territorios. **Los beneficios de atención de urgencia y atención de emergencia 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
Servicios de urgencia (en todo el mundo) (continuación) Debe llamar al Centro de 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.	**El copago no se exime si ingresa al hospital.**
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. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con alto riesgo de padecer glaucoma son las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos que tienen 50 años o más e hispanoamericanos que tienen 65 años o más. o 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 necesita dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda).	**Dentro de la red** • Copago de $60 por servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones del ojo. • Copago de $0 para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare. • Copago de $0 para 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. o Los marcos básicos se cubrirán hasta el límite del monto del programa de tarifas de Medicare. o Las lentes básicas se cubrirán en su totalidad en función de la prescripción. No se cubrirán otros artículos (p. ej., recubrimientos antideslumbrantes o transicionales). Las refracciones oculares realizadas únicamente con el propósito de recetar anteojos no están cubiertas por los beneficios de atención de la vista cubiertos por Medicare de nuestro plan.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista (continuación)	
	Consulte también "*Atención de la vista* (beneficios adicionales)*".
	Fuera de la red 50% del costo total de la prueba de detección del glaucoma. 50% del costo total después de alcanzar su deducible de $950 fuera de la red para servicios médicos cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos 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	**Dentro de la red** Copago de $0 **Fuera de la red** El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 50% del monto permitido dentro de la red.
Anteojos: Asignación de $200 por año para la compra de lentes, marcos o lentes de contacto El miembro es responsable de los costos que excedan el máximo del beneficio.	**Dentro de la red** Copago de $0 Sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de la vista* (beneficios adicionales) (continuación) 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 para obtener más ayuda. Las mejoras de los anteojos están sujetas a la tarifa habitual y normal del proveedor. 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. Los beneficios no se pueden trasladar al siguiente año de beneficios.	El miembro es responsable de pagar cualquier monto que supere la asignación máxima anual de beneficios del plan. **Fuera de la red** El miembro debe pagar el 100% de los cargos y enviar los recibos detallados para el reembolso del 50% del monto permitido dentro de la red. El Miembro es responsable de todos los montos que superen el 50% del monto permitido dentro de la red y/o cualquier monto que supere la asignación máxima anual de beneficios del plan. El reembolso total está sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan.
Visita preventiva *Bienvenido a Medicare* El plan cubre la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* una sola vez. La visita incluye una revisión de la salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas) y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la visita preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que le gustaría programar su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*.	**Dentro de la red** No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la visita preventiva *Bienvenido a Medicare*. **Fuera de la red** 50% del costo total

Servicios dentales complementarios

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

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Paquete dental preventivo y de diagnóstico						
Exámenes orales	D0120	Cuidado dental de rutina desde el chequeo hasta Controle su salud bucal	2 por calendario año	Combinado límite 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 aquellos que no han sidovisto en un tiempo	1 de por vida por dentista			
	D0140	Examen dental enfocados en un (problema específico) o inquietud	Como necesario	N/C		
Radiografías	D0210	Conjunto completo de radiografías dentales a revise todos los dientes y hueso estructuras	1 juego cada 3 calendario años	Combinado límite con D0210, D0330, y D0220, D0230, D0240 y D0270, D0272, D0273, D0274, D0277	Copago de $0	
	D0330	Radiografía única mostrando su toda la boca, incluida la mandíbula y dientes				
	D0220	Primer primer plano Radiografía de un diente específico y circundante hueso	1 juego por calendario año			

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Paquete dental preventivo y de diagnóstico (continuación)						
	D0230	Primer plano extra Radiografía de otro diente específico				
	D0240	Radiografía que muestra el techo o piso de la boca para revisar diente colocación				
	D0270	Una radiografía para compruebe si hay caries entre dientes	1 juego por calendario año			
	D0272	Dos radiografías para compruebe si hay caries entre dientes				
	D0273	Tres radiografías para compruebe si hay caries entre dientes				
	D0274	Cuatro radiografías para compruebe si hay caries entre dientes				
	D0277	Múltiples radiografías para comprobar si caries y pérdida ósea alrededor de los dientes				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Paquete dental preventivo y de diagnóstico (continuación)						
Profilaxis (limpieza)	D1110	Limpieza dental profesional de rutina para adultos	2 por año calendario	N/C	Copago de $0	
Tratamiento con flúor	D1206	Barniz de flúor para ayudar a prevenir las caries	1 por año calendario	Límite combinado con D1206, D1208	Copago de $0	
	D1208	Enjuague o gel con tratamiento de flúor para fortalecer los dientes				
Otro	D1354	Medicamento que se aplica a un diente para ayudar a detener el crecimiento de una caries	2 por año calendario	N/C	Copago de $0	
Servicios dentales integrales						
Servicios de restauración: empastes	D2140	Empaste de plata para una parte de un diente	1 por año calendario	Límite combinado con D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332,	Copago de $0	Pagará el costo total por adelantado y se le reembolsará el 50% del monto permitido por atención fuera de la red.

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales (continuación)						
	D2150	Empaste de plata para dos partes de un diente		D2335, D2391, D2392, D2393, D2394		
	D2160	Empaste de plata para tres partes de un diente				
	D2161	Empaste de plata para la mayor parte o la totalidad de un diente				
	D2330	Empaste del color del diente para una parte de un diente				
	D2331	Empaste del color del diente para dos partes de un diente				
	D2332	Empaste del color del diente para tres partes de un diente				
	D2335	Empaste del color del diente que cubre la mayor parte del diente o incluye el borde de mordida				
	D2391	Empaste del color del diente para una parte de un diente posterior				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales (continuación)						
	D2392	Empaste del color del diente para dos partes de un diente posterior				
	D2393	Empaste del color del diente para tres partes de un diente posterior				
	D2394	Empaste del color del diente para la mayor parte o la totalidad de un diente posterior				
Periodoncia	D4910	Limpieza continua para mantener las encías sanas y eliminar la acumulación por encima y por debajo de las encías	2 por año calendario	Límite combinado con D1110, D4910	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.
Prostodoncia, removible	D5110	Dentadura postiza superior completa para reemplazar todos los dientes superiores	1 dentadura superior y 1 inferior cada 60 meses	Límite combinado con D5110, D5120, D5130, D5140, D5211, D5212, D5213, D5214	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.
	D5120	Dentadura postiza inferior completa para reemplazar todos los dientes inferiores				
	D5130	Prótesis superior completa temporal colocada inmediatamente después de la extracción del diente				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales (continuación)						
	D5140	Dentadura postiza inferior completa temporal colocada inmediatamente después de la extracción del diente				
	D5211	Dentadura postiza superior parcial con base de plástico para reemplazar algunos dientes que faltan				
	D5212	Dentadura postiza inferior parcial con base de plástico para reemplazar algunos dientes que faltan				
	D5213	Dentadura postiza superior parcial con base de metal y tapa de plástico para reemplazar algunos dientes				
	D5214	Dentadura postiza inferior parcial con base de metal y tapa de plástico para reemplazar algunos dientes				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales (continuación)						
Prostodoncia, removible	D5410	Ajuste para mejorar el ajuste de la dentadura postiza completa superior	1 por año calendario	Límite combinado con D5410, D5421, D5710, D5730, D5750	Copago de $0	
	D5421	Ajuste para mejorar el ajuste de la dentadura postiza parcial superior				
	D5710	Reconstrucción de la base de la dentadura postiza completa superior				
	D5730	Ajuste de dentadura postiza completa superior en el consultorio dental				
	D5750	Ajuste de dentadura postiza completa superior en un laboratorio para lograr un mejor ajuste				
	D5411	Ajuste para mejorar el ajuste de la dentadura postiza completa inferior	1 por año calendario	Límite combinado con D5411, D5422, D5711, D5731, D5751	Copago de $0	
	D5422	Ajuste para mejorar el ajuste de la dentadura postiza parcial inferior				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales (continuación)						
	D5711	Reconstrucción de la base de la dentadura postiza completa inferior				
	D5731	Ajuste de dentadura postiza completa inferior en el consultorio dental				
	D5751	Ajuste de dentadura postiza completa inferior en un laboratorio para lograr un mejor ajuste				
	D5511	Reparación de la base rota de la dentadura postiza completa inferior	1 por año calendario hasta un máximo de 5 en total en 5 años calendario	Límite combinado con D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660	Copago de $0	
	D5512	Reparación de la base rota de la dentadura postiza completa superior				
	D5520	Agregar o fijar un diente en una dentadura postiza completa				
	D5611	Reparación de la base de la dentadura postiza parcial inferior rota				
	D5612	Reparación de la base de la dentadura postiza parcial superior rota				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales (continuación)						
	D5621	Fijación de la estructura metálica de una dentadura postiza parcial superior				
	D5622	Fijación de la estructura metálica de una dentadura postiza parcial inferior				
	D5630	Fijación o reemplazo de un enganche roto en una dentadura postiza				
	D5640	Fijación o reemplazo de un diente en una dentadura postiza parcial				
	D5650	Agregar un diente a la dentadura postiza parcial actual				
	D5660	Agregar un enganche a la dentadura postiza parcial actual				
	D5740	Ajuste de dentadura postiza parcial superior en el consultorio dental	1 por año calendario	Límite combinado con D5740, D5760	Copago de $0	
	D5760	Ajuste de dentadura postiza parcial superior en un laboratorio para lograr mayor comodidad				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales (continuación)						
	D5741	Ajuste de dentadura postiza parcial inferior en el consultorio dental	1 por año calendario	Límite combinado con D5741, D5761	Copago de $0	
	D5761	Ajuste de dentadura postiza parcial inferior en un laboratorio para lograr mayor comodidad				
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	Límite combinado con D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250	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.
	D7210	Extracción quirúrgica de un diente que ya salió a través de las encías				
	D7220	Extracción de un diente atascado debajo de las encías, cubierto solo por tejido blando				
	D7230	Extracción de un diente atascado debajo de las encías y parcialmente cubierto por hueso				

Categoría	Código	Descripción	Frecuencia	Límite	Costo compartido	
					Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales integrales (continuación)						
	D7240	Extracción de un diente atascado completamente debajo del hueso				
	D7241	Extracción de un diente profundamente atascado con complicaciones añadidas				
	D7250	Extracción de las raíces dentales restantes que quedan debajo de la línea de las encías				

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 vigor.

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

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/viajeros. El Programa para Visitantes/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 48 estados y 2 territorios:

Alabama, Arizona, California, Colorado, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, 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, West Virginia, Wisconsin 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 de visitantes/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/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 (usuarios de TTY al 877-955-8773). 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 folleto de Evidencia de Cobertura. O bien, puede llamar al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583).

Si se encuentra en el área de visitante o viajero, puede permanecer inscrito en nuestro plan por hasta 12 meses. Si no regresa al área de servicio de nuestro plan en un plazo de 12 meses, se cancelará su inscripción en nuestro plan.

Si desea obtener ayuda para encontrar un proveedor de la red, puede hacer lo siguiente:

- Llame al 1-800-810-BLUE (1-800-810-2583), las 24 horas, los 7 días de la semana para encontrar un proveedor de Blue Medicare Advantage PPO. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773. (Las llamadas a estos números son gratuitas).
- Visite la sección “Buscar un médico u hospital” en **www.bcbs.com** para encontrar un proveedor de PPO de Blue Medicare Advantage.
- Llame a Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-926-6565. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. (TTY: 1-877-955-8773). Las llamadas a estos números son gratuitas.

Cuando visita proveedores de Medicare Advantage PPO en cualquier área en la que se ofrezca el Programa para Visitantes/Viajeros, usted pagará el mismo nivel de costo compartido (costo compartido dentro de la red) que paga cuando recibe beneficios cubiertos de proveedores dentro de la red en el área de servicio de su domicilio.

Cuando los costos compartidos de un servicio del Programa para Visitantes/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.
- 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 hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Pueden estar cubiertos por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica)
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Comidas a domicilio	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Servicios de personas para tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, como tareas domésticas o preparación de comidas simples.	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos).	Sin cobertura en cualquier circunstancia
Atención dental que no es de rutina.	**Servicios cubiertos por Medicare** • Se puede cubrir la atención dental requerida para tratar una enfermedad o lesión como atención para pacientes internados o ambulatorios. **Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios dentales que no son de rutina y no están cubiertos por Medicare.** 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.

Servicios no cubiertos por Medicare	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	Sin cobertura en cualquier 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 cualquier circunstancia
Atención quiropráctica de rutina.	• Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas.	**Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios dentales de rutina no cubiertos por Medicare.** 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.	**Servicios cubiertos por Medicare** 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. **Nuestro plan incluye cobertura adicional para el cuidado de la vista no cubierto por Medicare.** Examen de la vista de rutina. 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.	**Nuestro plan incluye cobertura adicional para servicios de audición no cubiertos por Medicare.** 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 las reglas de Original Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia

CAPÍTULO 5: Uso de la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos para enfermos terminales.

Generalmente, nuestro plan le cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que le emita una receta por un medicamento que debe ser válida en virtud de la ley estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por alguna referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de algunos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan

En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren *solo* si se surten en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proveer sus medicamentos cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D que figuran en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encuentre una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, vaya a su *Directorio de Farmacias*, visite nuestro sitio web https://providersearch.floridablue.com/ o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que utiliza deja de pertenecer a la red de nuestro plan, tendrá que buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) o use el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en https://providersearch.floridablue.com/.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben surtirse en una farmacia especializada. Entre las farmacias especializadas, se incluyen las siguientes:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, póngase en contacto con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población Indígena Estadounidense Urbana o Tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el Directorio de farmacias en https://providersearch.floridablue.com/ o llame a Servicios para Miembros 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773).

Sección 2.2 Servicio de pedidos por correo de nuestro plan

Para utilizar el servicio de pedido por correo del plan, debe solicitar ***al menos*** **un suministro del medicamento para 31 días y para *no más de* 90 días en el caso de los Niveles 3 y 4 y hasta 100 días en el caso de los Niveles 1, 2 y 6.**

Para obtener los formularios de pedido y la información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo postal, llame a una de nuestras farmacias de servicio de pedidos por correo.

- Walgreens Mail Service Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-888-849-7845, o en su sitio web, www.WalgreensMailService.com
- Express Scripts Pharmacy, las 24 horas del día, los 7 días de la semana; llame al 1-877-277-7914 o visite su sitio web: www.express-scripts.com
- Entrega a domicilio de Amazon, llame a Atención al Cliente las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede hablar con un farmacéutico las 24 horas del día, los 7 días de la semana; llame al 1-855-745-5725 o visite su sitio web pharmacy.amazon.com.

Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a nuestra red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo le llegará en 14 días, como máximo. Las recetas para sustancias controladas pueden demorar más porque nuestra farmacia de pedidos por correo tiene que tomar medidas adicionales para revisar la receta. Esto puede incluir ponerse en contacto con su médico antes de surtir dichas recetas.

Si experimenta una demora en la recepción de su pedido y corre el peligro de que se le acaben los medicamentos, puede solicitar una anulación para que le surtan la receta en una farmacia minorista local llamando al número que figura en el dorso de su tarjeta de identificación. Una vez que se obtenga la aprobación, nuestra farmacia de pedidos por correo puede transferir su receta a la farmacia que usted elija o solicitarle a su médico que llame por teléfono para que le proporcionen una receta a corto plazo directamente a su farmacia. Si utiliza una farmacia de pedidos por correo que no pertenece a nuestra red del plan, su medicamento con receta no estará cubierto.

De conformidad con las leyes estatales y federales, algunos medicamentos con receta clasificados como sustancias controladas requieren una revisión detallada antes de ser suministradas. Esta revisión puede tardar de 7 a 10 días, además del tiempo de envío. Enviar una receta a una farmacia de pedidos por correo de la red o transferirla a una farmacia de la red local No garantiza que se surta la receta; los farmacéuticos surten recetas sujetos al ejercicio de su discreción profesional.

Tenga en cuenta lo siguiente: Puede haber algunas ocasiones en las que una farmacia de pedidos por correo en nuestra red no pueda surtir su receta. En esos casos, se le avisará una vez que se complete la revisión.

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

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que el medicamento se surta de inmediato o en un momento posterior. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacta para informarles si deben enviar, retrasar o detener la receta nueva.

Resurtidos de recetas médicas de pedidos por correo. En relación con los resurtidos, comuníquese con su farmacia *15 días* antes de que los medicamentos con receta actuales se le acaben, para asegurarse de que el próximo pedido sea enviado a tiempo.

Sección 2.3 Cómo conseguir un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece 2 maneras de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada).

1. En su *Directorio de farmacias* en https://providersearch.floridablue.com/ se detallan las farmacias de la red que pueden proporcionar suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información.

2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.4 Usar una farmacia que no esté dentro de la red de nuestro plan

Generalmente, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red únicamente cuando usted no puede utilizar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. Consulte primero a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para ver si hay una farmacia de la red cercana. Solo cubrimos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red en las siguientes circunstancias:

- Si viaja dentro de Estados Unidos y sus territorios y se enferma, pierde o se le acaban los medicamentos recetados, cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red. La cobertura en esta situación será para un **suministro temporal de medicamentos para 31 días,** o menos si su receta es para menos días.
- Cubriremos las recetas surtidas en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Cubriremos las recetas en una farmacia fuera de la red si se cumple al menos una de las siguientes condiciones:
    - Si no puede obtener un medicamento cubierto de manera oportuna dentro de nuestra área de servicio porque no hay una farmacia de la red a una distancia razonable que ofrezca servicio las 24 horas.

- Si está intentando surtir un medicamento recetado que no se encuentra disponible regularmente en una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia de pedidos por correo (incluidos medicamentos únicos y de alto costo).
- Si recibe una vacuna que es médicamente necesaria pero que no está cubierta por la Parte B de Medicare, así como algunos medicamentos cubiertos que se administran en el consultorio de su médico.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si compra un medicamento en una farmacia fuera de la red, y una de las situaciones que se explicaron anteriormente se aplica a usted, es posible que le hagan un reembolso según la tarifa estándar de una farmacia dentro de la red de nuestro plan y no por el precio total que pagó por el medicamento. Además, la diferencia en nuestro monto de reembolso del plan y el monto total que usted pagó por el medicamento se incluirá en los costos totales que paga de su bolsillo.

Cuando no se da ninguna de las situaciones explicadas anteriormente y usted paga voluntariamente de su bolsillo por un medicamento, será responsable de pagar el precio total en efectivo del medicamento y nuestro plan no le reembolsará. La cantidad que usted paga no será parte de los costos totales que paga de su bolsillo.

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no su costo compartido normal) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo pedirle a nuestro plan que le pague). Es posible que se le solicite que pague la diferencia que haya entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de Medicamentos de nuestro plan

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

Nuestro plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos* (*formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos Lista de Medicamentos.**

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare. La Lista de Medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan siempre que siga las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con alguno de *los siguientes requisitos*:

- Está aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la que se está recetando, o
- Está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende con un nombre comercial propiedad del fabricante de medicamentos. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan medicamentos biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, pero suelen ser más económicos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Vaya al Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra algunos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Seis niveles de costo compartido para los medicamentos de la Lista de

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel, más deberá pagar por el medicamento:

- Nivel 1, nuestro nivel de costos compartidos más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.
- Nivel 2, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos es mayor que para los medicamentos del Nivel 1.
- Nivel 3, el próximo nivel, incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 2.
- Nivel 4, el próximo nivel, incluye medicamentos no preferidos y algunos medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 3.
- El Nivel 5, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos y de marca especializados. Los medicamentos especializados son medicamentos de muy alto costo. Los medicamentos de Nivel 5 tienen el mayor monto de costos compartidos.

- El Nivel 6, el último nivel, incluye medicamentos de atención selecta. Los medicamentos de atención selecta son ciertos medicamentos genéricos utilizados para tratar la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto. No hay costos compartidos para los medicamentos de este nivel en la Etapa de Cobertura Inicial.

Para saber en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo saber si un medicamento específico está en la Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web de nuestro plan (https://www.floridablue.com/medicare/forms). La Lista de Medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la herramienta “Real-Time Benefit Tool” (https://www.myprime.com) de nuestro plan para buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en dicha lista que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener más información.

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para algunos medicamentos recetados, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo los cubre nuestro plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos.

Siempre que un medicamento seguro y de bajo costo funcione con la misma eficacia médica que uno de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen distintas restricciones o costos compartidos a las distintas presentaciones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno por día frente a 2 por día; el comprimido frente al líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberán hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea que eliminemos la restricción por usted, debe utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Vaya al Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para algunos medicamentos, usted o su proveedor debe obtener la aprobación de nuestro plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Esto se pone en práctica para garantizar la seguridad de los medicamentos y para guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan. Puede obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) o en nuestro sitio web https://www.myprime.com/en/forms/coverage-determination/prior-authorization.html.

Límites de cantidad

En el caso de ciertos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede recibir cada vez que obtiene un medicamento con receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una pastilla por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura a no más de una pastilla por día.

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto como le gustaría

Existen casos en los que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor consideran que debe tomar, no está en nuestra Lista de Medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales para la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que eleva el costo compartido más de lo que usted considera que debería ser.

Si el medicamento está en un nivel de costo compartido que eleva el costo más de lo que usted considera que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, estas son algunas opciones de lo que puede hacer:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle al plan que cubra nuestro medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O debe tener ahora algún tipo de restricción**.

- **Si es un miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si estuvo en nuestro plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 31 días. Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 31 días de medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio).
- **Para los miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta indica menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Para los miembros que tienen cambios en la configuración de la atención:**

  Durante un cambio en el nivel de atención, es posible que se le receten medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
  Si esto ocurre, usted y su médico deben utilizar el proceso de solicitud de determinación de cobertura de nuestro plan.

  Para evitar una interrupción en la atención cuando le den el alta, puede obtener un suministro completo para pacientes ambulatorios que le permita continuar el tratamiento una vez que se haya agotado el suministro limitado del alta. Este suministro para pacientes ambulatorios está disponible antes del alta de una hospitalización cubierta por la Parte A de Medicare. Cuando sea admitido o dado de alta de un entorno de LTC, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que le dieron anteriormente. Sin embargo, es posible que obtenga una reposición luego de la admisión o el alta.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

Mientras esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tienes 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Consulte con su proveedor para determinar si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (TTY users call 1-877-955-8773) y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

Si es miembro actual y uno de los medicamentos que toma se eliminará del formulario o tendrá algún tipo de restricción para el próximo año, le informaremos cualquier cambio antes del año nuevo. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 encontrará información sobre qué debe hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna y justa.

Sección 5.1 Qué hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado elevado

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

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Tal vez haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la Sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Allí se explican los procedimientos y plazos que Medicare ha fijado para asegurar que su solicitud se tramite de forma oportuna y justa.

Los medicamentos de Nivel 5 (medicamentos especializados) no son elegibles para este tipo de excepción. No bajamos el monto de los costos compartidos para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, nuestro plan podría realizar lo siguiente:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos la información en nuestro sitio web sobre dichos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad.
A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante el año del plan

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios <u>inmediatamente</u> a un medicamento similar de la Lista de Medicamentos.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, lo pasemos a otro nivel de costo compartido, agregamos nuevas restricciones, o ambos. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.

- Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Podemos hacer estos cambios de inmediato y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos realizado.

- **Agregar medicamentos a la Lista de Medicamentos y eliminar o hacer cambios a un medicamento similar de la Lista de Medicamentos**
  - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, es posible que eliminemos un medicamento similar de la Lista de medicamentos, lo pasemos a otro nivel de costo compartido, agregamos nuevas restricciones, o ambos. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro para 31 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar los medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de hacer el cambio.

- **Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.**
  - Una vez que el año haya comenzado, es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional para 31 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido el cambio a un medicamento diferente para tratar su afección o la solicitud de una decisión de cobertura para cumplir con las restricciones nuevas del medicamento que está usando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para seguir cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

Es posible que hagamos determinados cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a su caso si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente lo afectarán a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted toma (excepto un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año actual del plan. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el próximo año de plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos recetados. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted. Si usted presenta una apelación y se considera que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres reglas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre en la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *fuera de lo indicado* de un medicamento cuando dicho uso no está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedix. Uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

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

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

Si recibe ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, dicha ayuda no cubrirá los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si cuenta con cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa de Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de membresía de nuestro plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) a la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará al plan de forma automática la parte que *nos* corresponde del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

Si no tiene consigo la información de membresía de nuestro plan, usted o la farmacia pueden llamar a nuestro plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de nuestro plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 9.1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por nuestro plan

Si ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la hospitalización. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras reglas para la cobertura descrita en este capítulo.

Sección 9.2 Como residente en un centro de cuidado a largo plazo (LTC)

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de convalecencia) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* en https://providersearch.floridablue.com/ para saber si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red. Si no lo es, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera, consulte la Sección 5 para obtener información sobre el suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura de medicamentos del plan de un empleador o de un grupo de jubilados

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Esta persona puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:
Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es acreditable.

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

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

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y requiere ciertos medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe ser notificado por la persona que le emite la receta o por su proveedor de hospicio de que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían ser cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o a la persona autorizada a emitir recetas que lo notifiquen antes de que se obtenga el medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de centro de cuidados paliativos o que le den de alta de uno, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza el beneficio de los servicios de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar la revocación o el alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para nuestros miembros para ayudarles a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales, tales como los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si se toman al mismo tiempo.
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades peligrosas de medicamentos opioides para el dolor.

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de forma segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos que, con frecuencia, se usan de manera indebida. Este programa se denomina Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varias personas autorizadas a dar recetas o de farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso de sus medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al trabajar con las personas autorizadas a dar recetas, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepina puede no ser seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo asignamos a nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiacepina de un médico en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planificamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. En la carta se le dirá si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted, o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos únicamente de una persona autorizada a dar recetas o de una farmacia específica. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que confirmaremos la limitación. Si cree que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si continuamos denegándole alguna parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos su caso automáticamente a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo solicitar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No podrá formar parte del DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o la anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, en un centro de cuidados paliativos o en un centro de cuidados terminales, o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de costos de medicamentos o que están en un DMP y reciben ayuda para usar los opioides de forma segura, pueden obtener los servicios de un programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevarán a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito que incluye una lista recomendada de lo que debe hacer, que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto está tomando y cuándo y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros en el programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que son sustancias controladas.

Es buena idea hablar con su médico sobre su lista recomendada de lo que debe hacer y la lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga actualizada su lista de medicamentos y téngala con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

CAPÍTULO 6:
Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D

Si usted participa en un programa que le brinda ayuda para pagar sus medicamentos, **es posible que haya información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D en esta *Evidencia de Cobertura* que no se aplique a su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como *Low Income Subsidy Rider* o *LIS Rider* (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) y pregunte por la *Cláusula adicional LIS*.

Usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las reglas a seguir cuando usted recibe sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5, las secciones explican estas reglas. Cuando usa la herramienta “Real-Time Benefit Tool” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos https://www.myprime.com, el costo que ve muestra una estimación de los costos que paga de su bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información brindada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

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

Hay 3 tipos diferentes de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos cubiertos por la Parte D que se le pueden solicitar que pague:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene reglas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a los medicamentos cubiertos de la Parte D y haya cumplido las reglas respecto de la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en una de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - La Etapa del deducible
    - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos por parte del programa de Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicios de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos contra el sida y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Paso a la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2100 dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo n**o incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por las Parte A y B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza para los medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos que se realizan por determinados planes de seguro y programas de salud gubernamentales, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, indemnización laboral).

- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos en virtud del Programa de Descuentos del Fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, pagan parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

Seguimiento de los costos totales directos de su bolsillo

- La Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando esta cantidad alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha abandonado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de BlueMedicare Value (PPO)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en virtud de BlueMedicare Value (PPO). El monto que paga por cada receta depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**

- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**

- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay 2 tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- **Costos que paga de su bolsillo:** Esto incluye lo que pagó cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante la “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, el Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).

- **Costos totales de los medicamentos:** Este es el monto total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas surtidas a través de nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D.* La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** En esta información, se mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde que se obtiene el primer medicamento para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos menores para cada reclamación de medicamentos con receta, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que surta una receta.** Esto ayuda a asegurarnos de que conozcamos las recetas que surte y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Es posible que, en ocasiones, usted deba pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, proporciónenos copias de sus recibos. **Estos son ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia dentro de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realiza un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia del fabricante del medicamento para el paciente.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información sobre los pagos que terceros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, en los costos que paga de su bolsillo se tienen en cuenta los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), por el Servicio de Salud Indígena y por las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito**. Cuando reciba una *EOB de la Parte D*, analícela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. El deducible no aplica a productos de insulina cubiertos y a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, entre las que se incluyen, la vacuna contra el herpes zóster, el tétano, y las vacunas para viajar. Pagará un deducible anual de $615 en medicamentos de Nivel 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5** hasta que alcance el deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de dispensación de los medicamentos con precios negociados según el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que pague $615 por sus medicamentos de Nivel 3, 4 y 5, abandona la Etapa del Deducible y pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de Cobertura Inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga su parte del costo de sus medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago *o* coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde surta su receta.

Nuestro plan tiene seis niveles de costos compartidos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el monto del nivel de costo compartido, mayor será el costo de su medicamento:

- Nivel 1, nuestro nivel de costos compartidos más bajo, incluye medicamentos genéricos preferidos.

- Nivel 2, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos es mayor que para los medicamentos del Nivel 1.
- Nivel 3, el próximo nivel, incluye medicamentos de marca preferidos y algunos medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 2. Usted paga hasta $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4, el próximo nivel, incluye medicamentos no preferidos y algunos medicamentos genéricos. El monto de costos compartidos para los medicamentos de este nivel es mayor que para los medicamentos del Nivel 3. Usted paga hasta $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El Nivel 5, el próximo nivel, incluye medicamentos genéricos y de marca especializados. Los medicamentos especializados son medicamentos de muy alto costo. Los medicamentos de Nivel 5 tienen el mayor monto de costos compartidos. Usted paga hasta $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- El Nivel 6, el último nivel, incluye medicamentos de atención selecta. Los medicamentos de atención selecta son ciertos medicamentos genéricos utilizados para tratar la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto. No hay costos compartidos para los medicamentos de este nivel en la Etapa de cobertura inicial.

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

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de dónde lo obtiene:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia fuera de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos una receta surtida en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de Farmacias* del plan en *https://providersearch.floridablue.com/*.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro de un mes de un medicamento cubierto

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

El importe del copago o del coseguro depende del nivel de participación en los gastos.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Sus costos por el suministro de un mes de un medicamento cubierto por la Parte D

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido para pedido por correo** (suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a ciertas situaciones; (un suministro para 31 días como máximo)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 21%	Coseguro del 21%	Coseguro del 21%	Coseguro del 21%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

No pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos para las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que no deba pagar el costo del suministro del mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en ocasiones, a usted o a su médico les gustaría tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez un medicamento). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, el costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de pagar un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo de hasta 90 días o de hasta 100 días de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es de hasta 90 días para los Niveles 3 y 4, y de hasta 100 días para los Niveles 1, 2 y 6.

A veces, el costo del medicamento es menor que su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

Sus costos por un suministro a largo plazo de hasta 90 días o de hasta 100 días de un medicamento cubierto de la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro para 90 días en los Niveles 3 y 4, y hasta un suministro para 100 días en los Niveles 1, 2 y 6)	Costo compartido para pedidos por correo (hasta un suministro para 90 días en los Niveles 3 y 4, y hasta un suministro para 100 días en los Niveles 1, 2 y 6)
Nivel 1 de costo compartido (Medicamentos genéricos preferidos)	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Medicamentos genéricos)	Copago de $0	Copago de $0
Nivel 3 de costo compartido (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 21%	Coseguro del 21%
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos del Nivel 5.	El suministro a largo plazo no se encuentra disponible para los medicamentos del Nivel 5.
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de atención selecta)	Copago de $0	Copago de $0

No pagará más de $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos directos de su bolsillo para el año alcancen los $2,100

Permanecerá en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que los costos directos de su bolsillo alcancen los $2,100. Luego, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibe le ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier tercero han gastado en su nombre por sus medicamentos durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.2 para obtener más información sobre cómo calcula Medicare los costos directos de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas

En la Etapa de Cobertura Catastrófica, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Entra en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando los costos directos de su bolsillo alcanzan el límite de $2,100 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de Cobertura en Situaciones Catastróficas, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) para obtener detalles sobre la cobertura y el costo compartido de vacunas específicas.

Existen 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura cubre el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura cubre el costo de **la aplicación de la vacuna**. (A veces, a esto también se lo denomina administración de la vacuna).

Sus costos de vacunas de la Parte D dependen de 3 aspectos:

1. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP y no le cuestan nada.

2. Dónde obtener la vacuna.

- La vacuna en sí puede ser suministrada por una farmacia o brindada por el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y cuál es la **etapa de pago de medicamentos** en la que se encuentra.

- Cuando reciba una vacuna, es posible que deba pagar el costo total por la vacuna en sí y por el proveedor que se la administra. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo pagará su parte del costo según el beneficio de la Parte D. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos no tienen ningún costo para usted.

A continuación, se muestran 3 ejemplos de maneras en que podría adquirir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde usted viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren determinadas vacunas).

- La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos no tienen ningún costo para usted.

- Para otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de su administración.

- Nuestro plan paga el resto de los costos.

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, es posible que deba pagar por el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor que se la administrará.

- Entonces podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos su coseguro O copago para la vacuna (incluida la administración) y menos la diferencia entre el monto que cobra el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la administrará.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.

- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí.

- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total por este servicio.

- Entonces, podrá pedirle a nuestro plan que le pague la parte que le corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos el coseguro por la administración de la vacuna y menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que normalmente pagamos. (Si recibe Ayuda Adicional, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las reglas de cobertura de nuestro plan, o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se le llama reembolso). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado un monto mayor al que le corresponde por los costos de los servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el 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 de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde 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 saldo. 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.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si está inscrito en nuestro plan de forma retroactiva

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 sus medicamentos o 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.

4. Cuando utiliza una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para conocer estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan

Si no tiene a mano la tarjeta de miembro de nuestro plan, puede solicitar a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque la información de inscripción de nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por la receta.

6. Cuando usted paga el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no sabía o no cree que deba aplicarse a su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por la receta.

7. Cuando pague el costo total de una vacuna cubierta por su beneficio de la Parte D

Si va al consultorio de su médico para obtener una vacuna cubierta en virtud de su beneficio de farmacia, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna y la tarifa que le cobra su médico para colocarle la vacuna.

Puede solicitarnos que le devolvamos la parte que nos corresponde pagar del costo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

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 el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.
En el Capítulo 9, hay información sobre cómo hacer 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. 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 reclamaciones de nuestro sitio web www.floridablue.com/medicare/forms o llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) y pida el formulario.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a estas direcciones:

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

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

Para solicitudes relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D:
Prime Therapeutics (Med-D)
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

Debe presentarnos la reclamación dentro de los 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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 o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos, o que usted no siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando los motivos por los que no enviamos el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o medicamento, 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 conocer los detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8: 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 sea útil para usted y coherente con su sensibilidad cultural (en idiomas diferentes al inglés, en braille, en letra grande, en otros formatos alternativos,

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, suministro de servicios del traductor, servicios de interpretación, teletipos o TTY (teléfono para mensajes o teléfono de 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, 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 sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (usuarios de TTY al 1-877-955-8773).

Nuestro plan está obligado a brindarle 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 brinden la atención necesaria. En este caso, usted 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 usted necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para ver a una especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Departamento de Quejas y Apelaciones 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 materials 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 1-800-955-8770).

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 proteger la privacidad de su información personal de salud

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 derivación 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. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

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 requiere proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamento de la Parte D. 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 preocupaciones 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 1-877-955-8773).

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. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Este aviso tiene vigencia desde el 6 de abril de 2021.

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 vigor.

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 los individuos cubiertos 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:** Divulgaremos su PHI a usted o a quien tenga derecho legal a actuar en su nombre (su representante personal) con el 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 información de salud protegida (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. 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 socios comerciales incluyen abogados, contadores, consultores, consorcios de reclamaciones y otros terceros. Nuestros socios comerciales pueden reenviar 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 para 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 de nuestro plan de salud de su grupo. También podemos divulgar cierta PHI al patrocinador de nuestro plan para que realice las funciones de administración del plan. Podemos divulgar información de salud resumida al patrocinador de nuestro 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, cuando corresponda, para obtener una explicación completa de los usos y las divulgaciones limitados que nuestro patrocinador del plan puede hacer de su PHI al proporcionar funciones de administración del plan para su plan médico 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, tal como se describe a continuación, para lo siguiente: (i) usos y divulgaciones de su PHI con fines de marketing, incluidas las comunicaciones subsidiadas del tratamiento (excepto para ciertas actividades permitidas de otra manera por las leyes federales de privacidad, como comunicaciones en persona o regalos promocionales de valor nominal); (ii) divulgaciones de su PHI que constituirán una venta de PHI conforme a la ley federal de privacidad y que requieran su autorización; y (iii) otros usos y divulgaciones de su PHI que no se describen 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.

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.

Derechos individuales:
Para ejercer cualquiera de estos derechos, llame al número de servicio 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, tiene derecho a obtener una copia de dicha información en la forma y formato electrónicos solicitados, si es fácilmente producible en dicha forma y formato; o, de lo contrario, en un formato y formulario electrónico legible según lo acordado por nosotros y usted.
- **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 periodo 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 para 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 un servicio de atención médica para el cual usted, o una persona en su nombre que no sea el plan de salud, ha pagado en su totalidad de su bolsillo a la entidad cubierta. 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 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 los 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 los EE. UU.

Contacto:

Business Ethics, Integrity & Compliance

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

Sección 1.3 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de BlueMedicare Value (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 pueden llamar al 1-877-955-8773):

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias 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. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se incluye información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, también denominada apelación.

Sección 1.4 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 afección 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 afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **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. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, 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 utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos 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 instrucción anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, 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.** Debe entregarles 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

Quality Assurance, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL 32308.

Sección 1.5 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 9 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 1.6 Si cree que está recibiendo un trato injusto o que sus derechos no están siendo respetados

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 (TTY 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 1-877-955-8773)**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773)
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (TTY 1-877-486-2048)

Sección 1.7 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 1-877-955-8773).**
- **Llame a su SHIP local** al 1-800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773)
- **Comuníquese con Medicare**
    - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *"Medicare Rights & Protections"* (disponible en: (Derechos y Protecciones de Medicare)
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden 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 1-877-955-8773).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de Cobertura*, conocerá lo que está cubierto y las reglas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - En los Capítulos 3 y 4, se proporcionan detalles sobre sus servicios médicos.
    - En los Capítulos 5 y 6, se proporcionan detalles sobre la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de salud o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe informárnoslo**. En el Capítulo 1, se le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale 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 o los medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores le ayuden dándole información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a 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 los siguientes pagos:
    - Debe seguir pagando las primas de la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
    - Si tiene que pagar una multa por inscripción tardía, debe hacerlo para mantener su cobertura de medicamentos con receta.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

- **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, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).**

CAPÍTULO 9: 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 Asuntos 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 1-877-955-8773). 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 ayudarlo son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia sobre 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 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, Una guía para las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio 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 de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede usar 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 del plan lo deriva a un especialista médico que no pertenece a la red, esta derivación 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 la Evidencia de Cobertura establezca que el servicio derivado 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 que 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 de que reciba el beneficio o después, y no está satisfecho, usted 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.

- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica.

- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 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

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 1-877-955-8773)**

- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia sobre 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 1-877-955-8773) y solicite el formulario de *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en 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.

    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitar una apelación de 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 desea 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 1-877-955-8773) y solicite el *formulario de Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en 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 existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o apelación de una decisión.

Sección 4.2 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Ya que 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** Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que le están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8** Cómo pedirnos que sigamos 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 1-877-955-8773). 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

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican diferentes reglas para la solicitud de 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 quiere y cree que nuestro 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 en el hogar, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. 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 la denomina una **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 artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos 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 proporcionarle la decisión.
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 indique 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 artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo 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 artículo 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. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre los 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 artículo 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 lo que solicita es un artículo 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.* (Consulte la Sección 10 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.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitarnos una apelación por teléfono. 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 las apelaciones rápidas, debemos darle una 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 artículo 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), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente.
  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 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 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su afección 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 artículo 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 con receta de la Parte B de Medicare.

  - 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 10 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 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 artículo 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.

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 conoce como **IRE.**

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionado 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 solicitarnos 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 sobre 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 artículo o un servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** 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 artículo 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 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.
- Sin embargo, si su solicitud es de un artículo o un servicio médico y la organización de revisión independiente necesita reunir más información que pueda beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales.** 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 artículo 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 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 denomina **confirmar la decisión** o **rechazar la 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 administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. En la Sección 9 se explican los procesos de apelación de Nivel 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 7 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, comprobaremos si la atención médica que usted pagó tiene cobertura. También comprobaremos si ha seguido todas las reglas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica tiene cobertura y si usted siguió todas 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 las razones.

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 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 solicita reembolsarle la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite 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 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, las reglas, las restricciones y los costos, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de medicamento en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios o medicamento de la Parte D. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos o Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que reciba nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le proporcionará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios o su cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se le informa qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicitar que se cubra un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos* de nuestro plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan en el caso de un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener), una autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costos compartidos mayor. **Pida una excepción. Sección 6.2**
- Solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Solicita que paguemos por un medicamento con receta que ya compró. **Solicítenos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Solicitar una excepción

Términos legales
Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario.** Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al formulario.** Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplica en el Nivel 4 (medicamento no preferido). No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.

2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción por el monto de costo compartido que le pediremos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido menor.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el costo que le corresponde pagar por el medicamento.

Si nuestra Lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido menor que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento del Nivel 5 (medicamentos especializados). Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel más bajo de costo compartido con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Por lo general, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general no aprobaremos su solicitud de una excepción, salvo que ninguno de los medicamentos alternativos de los niveles de costo compartido más bajos funcione con la misma eficacia para su caso o que sea probable que causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final de nuestro año del plan. A su vez, será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

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

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

Las **decisiones estándares de cobertura** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

***Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión rápida de cobertura*. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:**

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha obtenido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que se le reembolse por un medicamento que ya compró).
- Usar los plazos estándar podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.

- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indica que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si nos pide usted mismo la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico o una persona autorizada a dar recetas, 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 u otra persona autorizada a dar recetas solicita la decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.
    - Cómo presentar un reclamo rápido sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión rápida de cobertura que solicitó. Responderemos su reclamo en un plazo de 24 horas después de recibirlo.

Paso 2: Solicite una decisión estándar 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. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que demuestre qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a una persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo,** que son los motivos médicos para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión rápida de cobertura

- Generalmente, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Generalmente, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
    - Para las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que brindarle la cobertura que hemos aceptado brindarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

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

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

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre la decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación del plan**.

Una apelación rápida también se llama **redeterminación acelerada**.

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

Generalmente, se presenta una apelación estándar dentro de los 7 días. Generalmente, se presenta una apelación rápida dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.

- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión rápida de cobertura que figuran en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **Para las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito** o llámenos. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 1-800-926-6565 (TTY 1-877-955-8773). En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluidas las solicitudes enviadas en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare/forms. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **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 de su apelación y añadir más información**. 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 otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- Para las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **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 y se indique cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una apelación estándar para un medicamento que todavía no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos brindarle nuestra respuesta en un **plazo de 7 días calendario después de** recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y su estado de salud lo requiere.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como su salud requiere, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **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 y se indique cómo puede apelar nuestra decisión.

Fechas límites para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos proporcionarle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de recibir su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una comunicación por escrito en la que se explique el motivo del rechazo. También le indicaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación para el Nivel 2

Término legal
El nombre formal para la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente**. A veces se conoce como **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: Usted (o su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá las **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se indicará quién puede presentar la apelación de Nivel 2, qué plazos debe respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable sobre una determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **expediente del caso. Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos límite para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la organización de revisión independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es para un medicamento que usted todavía no ha recibido. Si está solicitando que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibir la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad de** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicar su decisión.

- Notificar sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que está solicitando cumple un cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Indicar el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco niveles de apelación).
- Si quiere 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 administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más larga si cree que le darán el 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 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare que 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 con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (TTY 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 cuidado hospitalario 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* se indica que usted recibió la información sobre sus derechos. En el aviso no se indica la fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con 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 con anticipación, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener este aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Sección 7.2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia de 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 del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a 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 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 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 de 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 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 de 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 le indica la fecha de alta programada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente adecuado) 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 pueden llamar al 1-877-955-8773) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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,* **debemos continuar brindándole los servicios para pacientes hospitalizados 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 de 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 de 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 7.3 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 de 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 pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

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

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

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario 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 cuidado hospitalario que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización de 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, tiene 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 administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. En la Sección 9 de este capítulo hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando 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 hora de dejar de cubrirle alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención.*

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

Sección 8.1 Le avisaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término legal

Aviso de la Falta de Cobertura de Medicare. Le indica cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida**. Solicitar una apelación de vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de brindarle atención médica.

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 periodo más largo

2. A usted, o a alguien que actúe en su nombre, se le pedirá que firme el aviso por escrito que demuestre 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 8.2 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 1-877-955-8773). O bien, llame a su Programa Estatal de Asistencia de 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 ayudar a 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 de 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 su Organización de Mejora de la Calidad usando la información de contacto en el *Aviso de Medicare [RB1] sin cobertura*. El nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de 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 las razones para la cancelación de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- 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.
- 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 informarán 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 *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le habíamos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica en el hogar, o cuidado 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 estos cuidados.

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 8.3 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 en el hogar, de los servicios en un centro de enfermería especializada o de los servicios en un 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 de Mejora de la Calidad volverán a examinar toda la información sobre 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 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 conciliador.

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 administrativo o un abogado mediador gestiona las apelaciones de Nivel 3. En la Sección 9 hay más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo elevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 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 tres niveles de apelación funcionan casi de la misma manera en 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 administrativo o un abogado mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o el abogado mediador aceptan 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 conciliador.
    - 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 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** (Consejo) **de Medicare** 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 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 le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo seguir 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.

Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitar medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha apelado cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 que reciba se explicará con quién comunicarse y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

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

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o el abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si 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. En el aviso que recibirá se le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

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

- **Si la apelación se acepta, el proceso de apelaciones concluye.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo en **un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar un pago a más tardar 30 días calendario después de** recibir la decisión.
- **Si la apelación se rechaza, 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 o su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5. También le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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.

PRESENTAR RECLAMOS

SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de reclamos?

El proceso de reclamos *solo* se aplica 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. 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 atención que ha recibido (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 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?
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? o Entre los ejemplos se incluyen 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?

Reclamo	Ejemplo
Información que recibe de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso obligatorio? • ¿Nuestro documento por escrito es difícil de comprender?
Puntualidad (estos tipos de reclamos se relacionan con lo *oportuno* de las medidas que tomemos respecto de 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, también puede presentar un reclamo sobre nuestra demora. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y hemos rechazado su solicitud; puede presentar un reclamo. • Considera que no cumplimos con los plazos para responder a una decisión de cobertura o a una apelación. Puede presentar una queja. • Considera que no cumplimos con los plazos para cubrir o reembolsarle determinados artículos médicos, servicios o medicamentos que se aprobaron. Puede presentar una queja. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 10.2 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.**

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

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó conforme), puede escribir su queja y enviárnosla.** 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 cobertura de medicamentos con receta:

  1. Envíe su reclamo a una de las direcciones que figuran en el Capítulo 2, Sección 1. Busque la sección *Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta un reclamo sobre su atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D.* Tenemos el Formulario de queja (reclamo) que usted utiliza 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 calendario desde su recepción (antes si su 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.

  Para reclamos relacionados con su atención médica:

  1. Envíe su reclamo a una de las direcciones que figuran en el Capítulo 2, Sección 1. 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 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 sus medicamentos con receta de la Parte D o con la atención médica:

1. Comuníquese con Servicios para Miembros dentro de los 60 días calendario después del evento o incidente que conduce a 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 tomar días adicionales, se lo notificaremos 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 10.3 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 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su reclamo

Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Value (PPO) directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en BlueMedicare Value (PPO) puede ser **voluntaria** (es su elección) o **de forma 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 deja nuestro plan, debemos seguir brindándole atención médica y sus medicamentos con receta 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** va 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,
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare;
    - *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

- Si elige esta opción y recibe Ayuda Extra, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, 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.

- **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 beneficiarios 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 Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare 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 Original Medicare. 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 Value (PPO) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial.**

Es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante el período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener una lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos 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).
- **Nota:** Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

Los períodos de tiempo de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE
(1-800-633-4227), los usuarios de TTY pueden 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.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare;
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

> **Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, 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.

Generalmente, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibimos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Si recibe Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de medicamentos: Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta 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 1-877-955-8773).**

- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2026*** (Medicare y usted).
- Llame a **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 Value (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
• Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. • Su inscripción en BlueMedicare Value (PPO) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
• Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros. • 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. • Se cancelará su inscripción en BlueMedicare Value (PPO) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para obtener atención médica.**
- **Siga usando las farmacias *o el pedido por correo* de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta**

- **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 médica).

SECCIÓN 5 BlueMedicare Value (PPO) debe cancelar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

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

- Si ya no tiene las Partes A y 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 1-877-955-8773) 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 de los Estados Unidos ni residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrece cobertura para medicamentos con receta.
- 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 usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene preguntas o le gustaría obtener más información acerca de cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

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

BlueMedicare Value (PPO) no puede pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado a su 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, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 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 11: 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 reglas 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 www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso a una sillas 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 regulaciones de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), BlueMedicare Value (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
- 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):
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)
civilrightscoordinator@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.htm**.

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

87768S 0625R

Form Approved
OMB# 0938-1421

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 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, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

Gen èd oksilyè pou ede w nan lòt lang ak sèvis nan lòt fòma ki disponib gratis. Rele nan 1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, 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, 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。

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 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, 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, Medicare 1-800-926-6565 (номер для текст-телефонных 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 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, 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, 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, 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, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711).

મફત ભાષા, સહાયક મદદ અને વૈકલ્પિક ફૉર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.
1-800-352-2583, FEP 1-800-333-2227, Medicare 1-800-926-6565, (TTY 711) પર કૉલ 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、メディケア 1-800-926-6565 (TTY 711) までお電話ください。

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

T’áá free yíníłta’go saad bee áká anilyeedígíí, ałk’ida’áníígíí, dóó t’áá ajiłii hane’ bee áká anilyeedígíí t’éiyá éí hołne’. 1-800-352-2583 bich’į’ náhodoonih, FEP bich’į’ 1-800-333-2227 bich’į’ náhodoonih, Medicare bich’į’ 1-800-926-6565 bich’į’ náhodoonih, (TTY 711).

SECCIÓN 4 Derechos adicionales de subrogación

Como parte de este Contrato, Florida Blue tiene el derecho de cobrarle a terceros los montos pagados por beneficios para usted en virtud de este Contrato que el tercero está obligado a pagar. Este derecho es el derecho de subrogación de Florida Blue. En el caso de que cualquier pago, servicio o suministro se realice en nombre de un miembro, Florida Blue, en el grado de dicho pago, servicio o suministro brindados, se subroga a todas las causas de acción y derechos de recuperación que dicho miembro pueda tener o tenga contra cualquier persona u organización como resultado de dicho pago, servicio o suministro brindados. 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 entregar sin demora tales instrumentos y documentos con respecto a los derechos de subrogación que puedan ser solicitados por Florida Blue. Además, el miembro notificará oportunamente a Florida Blue cualquier negociación de conciliación antes de llegar a un acuerdo de conciliación que afecte cualquier derecho de subrogación de Florida Blue. Además, en ningún caso el miembro no tomará cualquier medida cuando corresponda ni tomará 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 de los servicios cubiertos prestados a cualquier persona u organización en la mayor medida permitida por la ley. Con respecto a los servicios cubiertos prestados, Florida Blue tendrá derecho a un reembolso por el valor razonable de dichos servicios cubiertos, según se determine con una tarifa 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. Usted reconoce y acepta además que no ha entrado en este plan con base en representaciones de cualquier persona que no sea Florida Blue y que ninguna persona, entidad u organización que no sea Florida Blue será responsable por las obligaciones de Florida Blue contraídas con usted creadas en virtud de este plan. Este párrafo no creará ninguna otra obligación adicional por parte de Florida Blue que no sea las obligaciones derivadas de otras disposiciones de este acuerdo.

CAPÍTULO 12: Definiciones

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.

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 medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

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 Value (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 de alguna manera cobren más del monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: es la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro 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 lo internan en un hospital o en un hospital o centro de enfermería especializada después de que un período de beneficios ha terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento con receta que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se llaman biosimilares. (Ingrese en “**Producto biológico original**” y “**Medicamento biosimilar**”).

Medicamento biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los medicamentos biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva (ir a “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra parte calificada en su nombre) haya gastado $2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

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

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 o los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

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).

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.

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.

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

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

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo del medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si nuestro lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribirnos a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: es el término que usamos en esta Evidencia de Cobertura (EOC) para todos los servicios y los suministros de atención médica cubiertos por nuestro plan.

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.

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.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le recete un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Deducible: el monto que debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan comience a pagar.

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

Costo de suministro: una tarifa que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtido un medicamento con receta, como el tiempo que le insume al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

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.

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

Equipos médicos duraderos (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.

Emergencia: se da cuando usted, o cualquier persona prudente con un conocimiento promedio de salud y de medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que se agrava rápidamente.

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 afección médica de emergencia.

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.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido menor (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere autorización previa para un medicamento y usted quiere que eliminemos la restricción de los criterios o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al formulario).

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.

Medicamento genérico: medicamento con receta que está aprobado por la FDA por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero suele ser más económico.

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

Auxiliar de atención médica domiciliaria: una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

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.

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.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, como informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto del límite de gastos de bolsillo.

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.

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).

Plan Institucional de Necesidades Especiales (I-SNP): los I-SNP restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que residen en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención ofrecido por el centro, o que residen (o se espera que residan) de forma continua durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: Planes SNP de atención equivalente a la institucional (IE-SNP), planes SNP institucionales híbridos (HI-SNP) y planes SNP institucionales basados en centros (FI-SNP).

Plan Institucional de Necesidades Especiales de Atención Equivalente a la Institucional (IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que residen en la comunidad, pero que necesitan el nivel de atención ofrecido por el centro.

Medicamento biosimilar intercambiable: un medicamento biosimilar que se puede utilizar como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, ya que cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): vaya a Ayuda Adicional

Programa de descuentos para fabricantes: un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

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.

Indicación médicamente aceptada: uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), así como respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Médicamente necesario: son los servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección 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).

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 Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare 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.

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 de Medicare Advantage con Cobertura para Medicamentos con Receta**.

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.

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.

Plan de Salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa 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).

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 la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Programa de Manejo del Tratamiento Farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

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

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).

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

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros del plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si los obtiene en las farmacias de la red del plan.

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**.

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 Original Medicare.

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.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve de comparación para los fabricantes que producen una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare con pago por servicio): el gobierno ofrece Original Medicare y no los planes de salud privados, como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, 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. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se cumplan ciertas condiciones.

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 ni los opera nuestro plan.

Costo directo 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 o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Límite de gastos de bolsillo: el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

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.

Parte C: Visite el Plan Medicare Advantage (MA).

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

Medicamentos de la Parte D: son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos de la Parte D por el Congreso. Ciertas categorías de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertas por cada plan.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (la cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que se vuelve elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

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 recibe 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 de la red (preferidos) y de proveedores fuera de la red (no preferidos).

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

Servicios preventivos: atención médica para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. 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. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios se publican en el sitio web.

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.

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.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar una información completa, correcta, oportunamente apropiada, clínicamente apropiada y específica del inscrito acerca de los formularios y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos del formulario que pueden usarse para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

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

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

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

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 (no urgentes). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

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.

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos, o volver a Original Medicare. 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 está recibiendo Ayuda Adicional con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de convalecencia o si rompemos nuestro contrato con usted.

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 afecciones médicas crónicas.

Especialista: un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades o partes del cuerpo específicas. Algunos ejemplos incluyen oncólogos (atención para pacientes con cáncer), cardiólogos (cuidado del corazón) y ortopedistas (cuidado de los huesos).

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección médica con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

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.

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 afecciones 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 de BlueMedicare Value (PPO)

Método	Información de contacto de Servicios para Miembros
TELÉFONO	**1-800-926-6565** Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes. Servicios para Miembros también ofrece servicios de interpretación de idiomas sin costo para las personas que no hablan inglés.
TTY	**1-877-955-8773** 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. Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 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 feriados importantes.
FAX	**1-305-716-9333**
ESCRIBA A	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	**www.floridablue.com/medicare**

SHINE (Programa SHIP de Florida):

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	**1-877-955-8773** Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Departamento de Asuntos de la Tercera Edad del Programa SHINE 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 Oficina de Administración y Presupuesto (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.*