Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de BlueMedicare Classic (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de atención médica y para medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros llamando al 1-800-926-6565 para recibir información adicional. (Los usuarios de TTY deben 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 Classic, 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 Classic).

Este documento está disponible sin cargo en *inglés*.

Esta información está disponible en formatos alternativos, como letra grande, audio y braille. Llame a Servicios para Miembros al número indicado anteriormente si necesita información del plan en otro formato.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los inscritos afectados acerca de cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar un reclamo si no está conforme con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)
Y0011_FBM2100S 2024_C

Evidencia de Cobertura de 2025

Índice

CAPÍTULO 1: ***Primeros pasos como miembro*** **6**

SECCIÓN 1 Introducción 7
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan? 8
SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá 9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales por BlueMedicare Classic 11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual 14
SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan 18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: ***Números de teléfono y recursos importantes*** **21**

SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Classic (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros) 22
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare) 31
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 32
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad 33
SECCIÓN 5 Seguro Social 34
SECCIÓN 6 Medicaid 35
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 36
SECCIÓN 8 Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios 40
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador? 41

CAPÍTULO 3: ***Uso del plan para sus servicios médicos*** **42**

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 43
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica 45

SECCIÓN 3 Cómo puede obtener los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 51
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 54
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica? 54
SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 57
SECCIÓN 7 Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero 58

CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* 60

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 61
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar 63
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios *no* cubre el plan? 128

CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* 133

SECCIÓN 1 Introducción 134
SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan 134
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 139
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos 141
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? 143
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? 146
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? 149
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta 150
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 151
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 152

CAPÍTULO 6: ***Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*** **156**

SECCIÓN 1 Introducción 157
SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento 160
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra 160
SECCIÓN 4 No existe deducible para BlueMedicare Classic 162
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte 162
SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D 168
SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene 169

CAPÍTULO 7: ***Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*** **172**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 173
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 176
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no ... 176

CAPÍTULO 8: ***Sus derechos y responsabilidades*** **178**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan 179
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 192

CAPÍTULO 9: ***Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)*** **195**

SECCIÓN 1 Introducción 196
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 196
SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar? 197
SECCIÓN 4 Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones 198

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura 201
SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 210
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto 220
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está terminando demasiado pronto 226
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá 230
SECCIÓN 10 Cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los plazos de espera, el servicio al cliente u otras preocupaciones 233

CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* 238

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan 239
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 239
SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 242
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos a través de nuestro plan 242
SECCIÓN 5 BlueMedicare Classic debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones 243

CAPÍTULO 11: *Avisos legales* 245

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 246
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 246
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 246
SECCIÓN 4 Derechos adicionales de subrogación 250
SECCIÓN 5 Aviso sobre Florida Blue Medicare y Blue Cross and Blue Shield Association 250

CAPÍTULO 12: *Definiciones de términos importantes* 251

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en BlueMedicare Classic, que es un plan Medicare HMO

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, BlueMedicare Classic. Debemos cubrir todos los servicios de la Parte A y de la Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a los proveedores de este plan difieren de Original Medicare.

BlueMedicare Classic es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.

La cobertura de este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en **www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información.

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

Esta *Evidencia de Cobertura* describe cómo obtener atención médica y los medicamentos con receta. Se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar un reclamo si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* se refieren a la atención y los servicios médicos, y a los medicamentos con receta a su disposición como miembro de BlueMedicare Classic.

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique tiempo a leer el documento *Evidencia de Cobertura*.

Si hay algo que le genere confusión o le preocupe, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueMedicare Classic 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 Classic, desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios del plan BlueMedicare Classic después del 31 de diciembre de 2025. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar el plan BlueMedicare Classic todos los años. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos de elegibilidad para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- Tener la Parte A y la Parte B de Medicare.
- -- *Y* -- vivir en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe el área de servicio). Se considera que las personas encarceladas no viven en el área geográfica de servicio incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- *Y* -- ser ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para BlueMedicare Classic

BlueMedicare Classic está disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación:

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Orange, Osceola y Seminole.

Si se muda fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para ver si contamos con algún plan en la nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

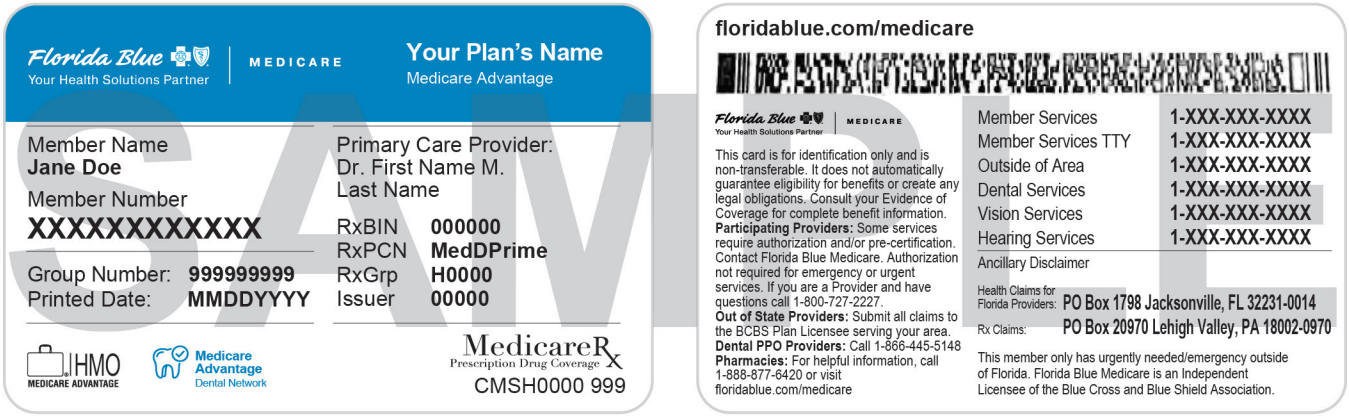
Sección 2.3 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

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

SECCIÓN 3 Documentación importante de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía en el plan

Mientras sea miembro de nuestro plan debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para obtener los medicamentos con receta en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de membresía para que tenga una idea de cómo será la suya:



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 su tarjeta de membresía de BlueMedicare Classic, es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que deba presentarla si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o hacerse estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para Miembros para que le enviemos una de reemplazo.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* detalla 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.

Debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si acude a cualquier otra parte sin la autorización adecuada, deberá pagar todo lo que corresponda. Las únicas excepciones incluyen emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que es inaceptable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que BlueMedicare Classic autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

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 Doctor” (Buscar un médico).

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitarle una (de forma electrónica o en formato impreso) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de copias impresas de Directorios de Proveedores se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias* en www.floridablue.com/medicare encontrará nuestras farmacias de la red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desea comprar sus medicamentos. Para obtener información sobre cuándo puede utilizar las farmacias que no están dentro de la red del plan, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información 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).

Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos* (*Formulario*). Nosotros la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por

el beneficio de la Parte D incluido en BlueMedicare Classic. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de BlueMedicare Classic.

En la Lista de medicamentos se indica si hay reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le brindaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.floridablue.com/medicare/forms) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales por BlueMedicare Classic

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 Medicare Prescription Payment (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague una prima mensual del plan por separado para BlueMedicare Classic.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin pagar la prima.

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, hay 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 con receta 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 con receta 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 Classic, 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 deberá pagarla en los siguientes casos:

- Recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los medicamentos con receta.
- Han transcurrido menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de salud para veteranos (VA). Su aseguradora o el departamento de recursos humanos le avisarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le enviará por carta o se incluirá en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, ya que puede necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
    - **Nota:** Cualquier 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 siguientes *no* son una cobertura para medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- 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, el plan computará el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2025, el monto promedio de la prima es de $36.78.
- Para calcular su multa mensual, se multiplica el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y luego se redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo sería 14% por $36.78, lo que es igual a $5.14. Que se redondea en $5.10. Esta suma se agregará

a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.

Hay tres aspectos importantes que se deben tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **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.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reanudará cuando cumpla 65. 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 está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibió en la que se le informa 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 su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se cancele su inscripción por no pagar las primas del 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 IRS de hace dos 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 https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto 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 siempre su prima del 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 cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el**

monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitarle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan Medicare Prescription Payment

Si participa en el Plan Medicare Prescription Payment, todos los meses deberá pagar la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura del plan de salud o medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). La factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento con 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 Medicare Prescription Payment. 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 Existen diversas maneras de pagar una 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 a la Parte D todos los meses. Su 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 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 cheques pagaderos a Florida Blue, no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal a cargo de Medicare, ni a la agencia de padres de los CMS ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Opción 2: Pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

Puede pedir 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 lo ayudaremos con este asunto. (En la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros).

Opción 3: Descontarle la multa por inscripción tardía a la Parte D de su cheque mensual de la Junta de Jubilación para Ferroviarios

Puede pedir 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 lo ayudaremos 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 hacer que la multa por inscripción tardía a la Parte D se retire automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros o de una tarjeta de crédito/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 “Log In” (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 por correo postal. Visite el sitio web **www.floridablue.com/medicare/forms**, haga clic en “Medicare Advantage Plans (Part C)” (Planes Medicare Advantage [Parte C]) y luego desplácese hacia abajo hasta “Automatic Payment Option (APO)” (Opción de pago automático [APO]). La retención de una cuenta corriente/de ahorros requerirá un cheque anulado adjunto al formulario.

Si tiene preguntas sobre la APO o si desea un formulario de autorización, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el dorso de este folleto) o visite el sitio web de nuestro plan: www.floridablue.com/medicare/forms. Tenga en cuenta que su inscripción puede tomar hasta cuatro semanas. 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 su multa mensual por inscripción tardía de la Parte D en el sitio web del plan.

1. **Visite el sitio web www.floridablue.com/medicare/member y haga clic en el botón "Log In" (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/member y haga clic en el botón "Log In" (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea.**

Opción 6: Puede pagar por teléfono

Puede pagar la factura por su 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 su multa por inscripción tardía de la Parte D, llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).

Cambiar el modo en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar la forma de pagar su 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 para un 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 su método de pago, comuníquese con Servicios para Miembros.

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

La multa por inscripción tardía de la Parte D debe llegar a nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si no hemos recibido su pago para el primer día del mes, le enviaremos un aviso en el que se le indicará que su membresía del plan finalizará si no recibimos el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la debe, en el 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 para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la multa por inscripción tardía de la Parte D, si debe hacerlo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si le podemos recomendar programas que lo ayuden con sus gastos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, si debía hacerlo, Original Medicare brindará su cobertura médica. Además, posiblemente no podrá recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan 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 la multa que no haya pagado. Tenemos el derecho de intentar cobrar el monto que nos debe. En el futuro, si desea volver a inscribirse en nuestro plan (o en otro plan que ofrecemos), deberá pagar el monto que nos debe antes de poder inscribirse.

Si considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar un reclamo (también llamado queja). Consulte el Capítulo 9 para ver cómo presentar un reclamo. Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control y, a causa de ello, no puede pagarnos la multa por inscripción tardía de la Parte D, si debía hacerlo, durante nuestro período de gracia, puede presentar un reclamo. En el caso de reclamos, volveremos a revisar nuestra decisión. 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. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se finaliza su membresía.

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

No. No se nos permite cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del 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 una multa por inscripción tardía, si debía hacerlo, o que tenga que empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de “Ayuda Adicional” o si pierde su elegibilidad para el programa de “Ayuda Adicional” durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la “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, en caso de que pasen 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda Adicional".

SECCIÓN 6 Mantenga actualizado su registro de membresía en el plan

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, lo que incluye su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener la información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido**. Por eso es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un hogar de convalecencia.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que están fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. (**Nota**: No se requiere que le informe al plan sobre los estudios de investigación clínica en los que planea participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si cualquiera de esta información cambia, llame a Servicios para Miembros y díganoslo. También puede actualizar su información a través del sitio web www.floridablue.com/medicare/member. Haga clic en el botón "Log In" (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro en línea y luego seleccione "My Account" (Mi cuenta). Podrá editar su perfil de miembro y enviarnos mensajes para informarnos sobre los cambios en su información.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare nos exige que le pidamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. Esto se llama **coordinación de 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 será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para Miembros. Es posible que sus otras aseguradoras le pidan el número de identificación de miembro del 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), hay reglas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que primero paga se denomina pagador principal y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado pagador secundario, solo paga si quedaron costos sin cubrir de 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 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
- Compensación 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 importantes

SECCIÓN 1 Contactos de BlueMedicare Classic (cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo puede comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de BlueMedicare Classic. 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**
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	**www.floridablue.com/medicare/member**

Cómo puede ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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 (acelerada) a este número.
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Utilization Management Department 4800 Deerwood Campus Parkway Building 900, 5th Floor Jacksonville, FL 32246

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre su atención médica

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

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) al llamar al 1-877-842-9118. Para apelaciones 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).**
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Attn: Medicare Appeals and Grievances Department P.O. Box 41629 Jacksonville, FL 32203-1629

Método	Información de contacto para apelaciones sobre la atención médica
SITIO WEB	Inicie sesión en su cuenta de www.floridablue.com/medicare haciendo 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 puede comunicarse con nosotros para 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 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos*]).

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.

Método	Información de contacto para reclamos sobre la atención médica
FAX	**1-305-437-7490** **NOTA: Envíe por fax solamente las solicitudes de reclamos rápidos (acelerados).**
CORREO POSTAL	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 Classic directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese al sitio web **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Cómo puede comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos con receta cubiertos por el beneficio de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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.

Método	Información de contacto para decisiones de cobertura sobre medicamentos con receta de la Parte D
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.**
CORREO POSTAL	Prime Therapeutics, LLC Attention: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	**www.myprime.com/**

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información acerca de cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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).**
CORREO POSTAL	Prime Therapeutics, LLC Attention: Medicare D Clinical Review 2900 Ames Crossing Road Eagan, MN 55121
SITIO WEB	**www.myprime.com/**

Cómo puede comunicarse con nosotros para presentar un reclamo sobre los medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar un reclamo sobre nosotros o sobre alguna de nuestras 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. (Si su problema es sobre el pago o la cobertura del plan, lea la sección anterior para saber cómo presentar su apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre

sus medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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).**
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Attention: Grievances 10826 Farnam Drive Omaha, NE 68154
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Classic directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo en línea ante Medicare, ingrese al sitio web **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

Dónde puede enviar una solicitud para pedirnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (como una factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba pedirnos un reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Información de contacto para solicitudes de pago
CORREO POSTAL	**Para solicitudes relacionadas con la atención médica**: Florida Blue Medicare P.O. Box 1798 Jacksonville, Florida 32231-0014 **Para solicitudes relacionadas con 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 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

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

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados CMS). Esta agencia celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Información de contacto de Medicare
TELÉFONO	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Atienden las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 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.
SITIO WEB	**www.medicare.gov** Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares de convalecencia, médicos, agencias de atención médica en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que se pueden imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare**: brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. • **Buscador de planes de Medicare**: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.

Método	Información de contacto de Medicare
	También puede utilizar el sitio web para informarle a Medicare sobre cualquier reclamo que tenga acerca de BlueMedicare Classic: • **Infórmele a Medicare sobre su reclamo**: Puede presentar un reclamo sobre BlueMedicare Classic directamente ante Medicare. Para presentar un reclamo ante Medicare, ingrese en **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. Medicare toma sus reclamos seriamente y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas mayores locales pueden ayudarlo a ingresar en el sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa gubernamental que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el SHIP se denomina Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

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

Los asesores del programa Atender las Necesidades de Seguro de Salud de las Personas Mayores (SHINE) pueden ayudarlo a que comprenda sus derechos de Medicare, a presentar reclamos sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores de SHINE también pueden ayudarlo si tiene preguntas o problemas sobre Medicare, a que comprenda las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y a OTROS RECURSOS:

- Visite el sitio web https://www.shiphelp.org (Haga clic en “SHIP LOCATOR” [Localizador del SHIP]

en el centro de la página).
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Accederá a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

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.
CORREO POSTAL	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	**www.FLORIDASHINE.org**

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

Esta es una Organización para la mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Florida, la Organización para la mejora de la calidad se llama ACENTRA HEALTH.

ACENTRA HEALTH está integrado 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.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con ACENTRA HEALTH:

- Si tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura para atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza demasiado pronto.

Método	Información de contacto de ACENTRA HEALTH (Organización para la mejora de la calidad de Florida)
TELÉFONO	**Número gratuito** 1-888-317-0751 Horario de atención de la línea de ayuda: Días entre semana: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este, central, de la montaña, del Pacífico, de Alaska y de Hawái-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.
CORREO POSTAL	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 es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes mayores de 65 años, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal (ESRD) y cumplen determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

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, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar de dichos cambios.

Método	Información de contacto del Seguro Social
TELÉFONO	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
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. Estamos disponibles de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	**www.ssa.gov**

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del Gobierno federal 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 Medicaid de su estado. Usted es elegible para recibir la cobertura total de Medicaid.

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

Método	Información de contacto de la Agencia para la Administración de Atención Médica (programa Medicaid de Florida)
TELÉFONO	1-888-419-3456 El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del este
TTY	1-877-955-8773 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee, FL 32308
SITIO WEB	**www.ahca.myflorida.com/medicaid**

SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo disminuir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si califica automáticamente para recibir "Ayuda Adicional", Medicare le enviará una carta por correo postal. No tiene que presentar una solicitud. Si califica automáticamente, puede obtener "Ayuda Adicional" para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta. Para saber si califica para recibir "Ayuda Adicional", llame a alguna de estas opciones:

- Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas, los 7 días de la semana;
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.
- A la oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que ha calificado para recibir la "Ayuda Adicional" y considera que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene un medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda para conseguir las pruebas que demuestren cuál es su nivel de copago adecuado, o bien, que le permite entregarnos estas pruebas si es que ya cuenta con ellas.

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

- Le solicitaremos a usted o a su representante (por ejemplo, su farmacéutico) cierta información, lo que incluye cuándo se quedará sin sus medicamentos.
- Enviaremos su solicitud a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal que administra Medicare, en un plazo de un día hábil de haberla recibido. Los CMS se comunicarán con la oficina estatal de Medicaid para determinar su estado y no informarán los resultados antes de la fecha en la que usted indicó que se quedará sin medicamentos o en un plazo de diez días, lo que sea 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 un plazo de un día hábil a partir de su recepción. Si no logramos comunicarnos con usted la primera vez que lo intentamos, haremos hasta tres intentos por brindarle la información. 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 reducido de costo compartido tan pronto como nos enteremos de que es elegible para recibir "Ayuda Adicional" con sus costos de medicamentos con receta.

Si tiene evidencia de elegibilidad para la "Ayuda Adicional":

- Debemos aceptar cualquiera de los siguientes tipos de evidencia como prueba de que usted es elegible para recibir "Ayuda Adicional". 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 del estado que confirme el pago de Medicaid a un centro de atención 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 del estado que confirme su estado de Medicaid activo e indique 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) en la que se confirma que usted es "automáticamente elegible para recibir 'Ayuda Adicional'".
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

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

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que viven con VIH/sida a acceder a medicamentos para el VIH esenciales para salvar la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también se encuentran en el formulario del ADAP califican para la asistencia de costo compartido de recetas a través del *Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA* de Florida.

Nota: Para ser elegible para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, como comprobante de residencia en el estado y estado del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el estado y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifíquele al encargado de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información acerca de 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 la siguiente dirección: HIV/AIDS Section, 4052 Bald Cypress Way, Tallahassee, FL 32399.

El Plan Medicare Prescription Payment

El Plan Medicare Prescription Payment es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en **pagos mensuales que varían a lo largo del año** (de enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le permite ahorrar dinero ni reducir sus costos de medicamentos.** La "Ayuda Adicional" de Medicare y la asistencia de los programas SPAP y ADAP, para las personas que califican, es más beneficiosa que la participación en el Plan Medicare Prescription Payment. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos y de salud de Medicare con cobertura para medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Póngase en contacto con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Información de contacto del Plan Medicare Prescription Payment
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**
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	**www.floridablue.com/medicare/member**

SECCIÓN 8 Cómo puede comunicarse con la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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 sus beneficios de Medicare a través de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, es importante que

les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de Jubilación para Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto de la Junta de Jubilación para Ferroviarios
TELÉFONO	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona "0", puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Si presiona "1", puede acceder a la Línea de ayuda automática de la RRB y a la información grabada durante las 24 horas, incluso los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.
SITIO WEB	**rrb.gov/**

SECCIÓN 9 ¿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 el de su cónyuge o pareja de hecho) o grupo de jubilados como parte de este plan, debe llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. 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). (En la contraportada de este documento, encontrará impresos los números de teléfono de Servicios para Miembros). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

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

CAPÍTULO 3:

Uso del plan
para sus servicios médicos

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

En este capítulo se explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las reglas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otra atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

Sección 1.1 ¿Qué son los proveedores de la red y los 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 medicamento con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizarán en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para obtener atención médica cubierta por su plan

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

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

- **La atención que reciba esté incluida en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **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.

- **Tenga un proveedor de atención primaria (PCP) de la red que brinde y supervise su atención.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, su PCP de la red deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. A esto se le denomina darle una remisión. Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
    - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la aprobación previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Usted debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados. *Existen tres excepciones*:
    - El plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay especialistas de nuestra red que brinden esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Antes de recibir atención de un proveedor fuera de la red, su PCP debe obtener una autorización del plan en su nombre. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para más información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
    - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no es posible comunicarse con ellos temporalmente. Los costos compartidos que paga al plan para la diálisis nunca pueden exceder los costos compartidos de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, el costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la

red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido para la diálisis puede ser mayor.

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

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención

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

Cuando es miembro de nuestro plan, debe elegir a un proveedor del plan para que sea su PCP. Si no selecciona un PCP, le asignaremos uno. Un PCP puede figurar en su *Directorio de proveedores* como médico de medicina familiar, de medicina general, geriátrica, pediatría o de medicina interna. El médico que eligió como su PCP (o el que se le asignó) funciona como su primer punto de contacto para sus preocupaciones relacionadas con la salud y es el encargado de llevar su historia clínica.

Su PCP le brinda atención médica básica y de rutina. Debido a que su PCP conoce sus antecedentes y necesidades de atención médica, él o ella puede determinar cuándo necesita recibir atención de otros proveedores de atención médica (como especialistas y hospitales). Él o ella coordina la atención que recibe como miembro de nuestro plan y lo ayuda a coordinar ciertos servicios que necesita. Estos servicios incluyen los siguientes:

- Servicios radiológicos para pacientes ambulatorios (por ejemplo, radioterapia, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas);
- Procedimientos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (por ejemplo, exámenes cardiovasculares y pruebas de alergia);
- Terapias ambulatorias (terapia ocupacional, terapia del habla/del lenguaje y fisioterapia);
- Atención de médicos especialistas;
- Internaciones en hospitales;
- Atención de seguimiento; y
- Servicios de salud mental o salud del comportamiento.

Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP tendrá que solicitarnos y obtener una autorización previa (aprobación previa). Además, su PCP tendrá que brindarle una remisión antes de que pueda consultar a la mayoría de los tipos de especialistas. Si no recibe una remisión de su PCP, los servicios que reciba de la mayoría de los especialistas no estarán cubiertos por nuestro plan.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: En la mayoría de los casos, si consulta a otro proveedor de atención médica, incluido otro PCP, sin antes consultarlo y obtener una remisión de **su PCP** (el proveedor que usted eligió o que le asignó nuestro plan), su atención no estará cubierta por nuestro plan. La Sección 2.2

incluye una lista de servicios que puede recibir sin obtener primero una remisión de su PCP. Este requisito no se aplica si necesita atención urgente o de emergencia.

¿Cómo elige al PCP?

Cuando complete el formulario de inscripción de BlueMedicare Classic, hay una sección en la que debe indicar su selección de un PCP. Recuerde que, si no elige un PCP en su formulario de inscripción, se le asignará uno. Para recibir ayuda para elegir a su PCP, llame a Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-955-8773). 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.

Cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, también existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP.

Puede cambiar de PCP llamando a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en el reverso de este folleto) o desde nuestro sitio web. Visite www.floridablue.com/medicare/member y haga clic en el botón “Log In” (Iniciar sesión) para acceder a su cuenta de miembro. Si llama a Servicios para Miembros, asegúrese de informarnos si recibe servicios cubiertos que requieren la aprobación de su PCP (como servicios de atención médica domiciliaria y ciertos tipos de equipo médico duradero). Nos aseguraremos de que pueda continuar recibiendo los servicios que ha estado recibiendo cuando cambie a un nuevo PCP. También controlaremos que el PCP al que desea cambiar esté aceptando pacientes nuevos.

También debe preguntar si el PCP tiene una relación de remisión con cualquier especialista que lo esté atendiendo actualmente. Haremos el cambio para usted y le informaremos por teléfono cuándo entrará en vigor.

Si recibimos una solicitud para cambiar de PCP, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Si necesita atención, continúe atendiéndose con su PCP actual hasta la fecha de entrada en vigencia del cambio. Cuando nos llame, le informaremos cuándo entrará en vigencia el cambio a su nuevo PCP.

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?

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

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, es decir, servicios que requieren atención médica inmediata que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o no sea razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de 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.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área de servicio.
- La atención brindada por los siguientes tipos de proveedores, siempre que los proveedores formen parte de la red:
    - Proveedores de servicios de atención de la vista de rutina.
    - Proveedores de servicios auditivos de rutina.
    - Médicos quiroprácticos.
    - Dentistas.
    - Proveedores de servicios de salud mental y tratamiento contra el abuso de sustancias como paciente ambulatorio.
    - Dermatólogos.

- Podiatras.
- Proveedores de servicios hospitalarios para pacientes internados.
- Proveedores de servicios de hospital psiquiátrico para pacientes internados.
- Proveedores de centros de atención de enfermería especializada.
- Proveedores de hospitalización parcial.
- Proveedores de servicios de atención médica domiciliaria.
- Proveedores de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Proveedores de cirugía ambulatoria (centros quirúrgicos ambulatorios y hospitales).
- Proveedores de servicios de sangre para pacientes ambulatorios.
- Cualquier proveedor dentro de la red que brinde un servicio preventivo de atención médica cubierto.

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

El especialista es un médico que brinda servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo determinada. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- 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.

Necesitará una remisión de su PCP antes de consultar a cualquier tipo de especialista, excepto los especialistas enumerados en la Sección 2.2 anterior. Para todos los demás especialistas, debe obtener una remisión de su PCP.

Si no tiene una remisión (aprobación por adelantado) antes de que reciba servicios del especialista, es posible que tenga que pagar por estos servicios. Si el especialista desea que regrese para visitas de seguimiento, asegúrese de verificar la remisión original para ver si estas fueron incluidas.

En algunos casos, **los especialistas de la red que puede utilizar pueden depender de la persona que eligió para que sea su PCP. Se señalan los criterios con respecto a la disponibilidad de los especialistas en nuestro Directorio de proveedores**. Si desea consultar con especialistas específicos,

averigüe si su PCP realiza remisiones a esos especialistas. Puede cambiar su PCP en cualquier momento si desea consultar a un especialista del plan al que su PCP actual no lo pueda remitir. Si desea cambiar de PCP, consulte el apartado "Cambio de PCP", que se indicó anteriormente en esta sección. Si desea usar hospitales específicos, averigüe si los médicos que visitará usan estos hospitales.

Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, su PCP tendrá que solicitarnos y obtener una autorización previa (aprobación previa) de nuestro plan. A continuación, se muestra una lista de servicios y suministros para los que se necesita autorización previa:

- Atención hospitalaria para pacientes internados.
- Atención médica de salud mental para pacientes internados.
- Atención en un centro de enfermería especializada.
- Atención médica domiciliaria.
- Servicios de hospitalización parcial.
- Algunos servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.
- Servicios recibidos en un centro de cirugía ambulatoria.
- Servicios de ambulancia, **excepto en casos de emergencia**.
- Servicios de terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla.
- Determinados servicios radiológicos para pacientes ambulatorios (por ejemplo, radioterapia, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).
- Determinados procedimientos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (por ejemplo, exámenes cardiovasculares y pruebas de alergia).
- Servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios que no son de emergencia.
- Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios que no son de emergencia.
- Servicios de tratamiento con opioides.
- Ciertos tipos de equipo médico duradero, prótesis/órtesis y suministros médicos.
- Servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte B de Medicare Original, excepto de inyecciones para alergias.
- Telesalud.
- Servicios de SET para PAD.

La Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, Sección 2.1, también indica qué servicios requieren que su PCP obtenga una autorización previa de nuestro plan antes de recibirlos. Los servicios están en **negrita** en la Tabla de beneficios médicos.

¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan?

Podemos realizar cambios en los hospitales, los médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Si su médico o especialista deja de participar en su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a los médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará de participar en 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 usted ha sido atendido por dicho proveedor en los últimos tres años.
    - Si cualquiera de sus otros proveedores deja de participar en nuestro plan, se lo notificaremos si está asignado, recibe atención o ha sido atendido por alguno de ellos en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor dentro de la red calificado al que podrá acceder para recibir atención continua.
- Si está realizando un tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que está recibiendo no se interrumpan. Nosotros trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le brindaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y sobre las opciones que pueda tener para cambiar de plan.
- Coordinaremos cualquier beneficio médicamente necesario cubierto fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, póngase en contacto con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar un reclamo sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambas cosas. Consulte el Capítulo 9.

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

Por lo general, usted debe recibir atención de proveedores de la red para que el plan cubra su atención. Sin embargo, si necesita atención médica de emergencia, el plan cubrirá los servicios brindados por proveedores fuera de la red. También cubriremos los servicios brindados por los proveedores fuera de la red si usted recibe atención de urgencia necesaria y no puede utilizar un proveedor de la red. Cubrimos los servicios de diálisis dentro y fuera de la red. Por último, si necesita atención especializada que los proveedores de nuestra red no pueden brindar, cubriremos la atención cuando la reciba de un proveedor fuera de la red. Sin embargo, antes de que usted reciba atención especializada fuera de nuestra red, su PCP debe obtener una autorización del plan.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención ante una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque 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. Usted puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Asegúrese lo antes posible de que se haya avisado al plan acerca de la 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.

¿Qué cobertura tiene en el caso de 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 brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagamos planes para recibir atención adicional. Nuestro plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿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, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

No obstante, una vez que el médico haya identificado que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas dos formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien,* la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

Sección 3.2 Cómo obtener atención ante una necesidad urgente de recibir servicios

¿Qué son los 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 no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de 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.

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 del plan, consulte el *Directorio de proveedores*. Consulte el *Directorio de proveedores* en línea en www.floridablue.com/medicare y haga clic en "Member Resources" (Recursos del miembro) y luego en "Find a Doctor" (Buscar un médico). 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 atención de urgencia a nivel mundial fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

- Cubrimos los servicios de atención de urgencia y de emergencia 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 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. ni de sus territorios.

Debe llamar al Centro de Servicios de BlueCard Worldwide 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.

Sección 3.3 Cómo obtener 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 la atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.floridablue.com/medicare/member para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede usar un proveedor dentro de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios?

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le corresponde pagar por el costo compartido de los servicios cubiertos del plan o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en caso de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

BlueMedicare Classic cubre todos los servicios médicamente necesarios, como se detalla en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o los servicios obtenidos fuera de la red no fueron autorizados, usted es 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 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

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

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle detalles del estudio y para determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que llevan a cabo el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple los requisitos del estudio, *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar.

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

Si quiere participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos lo informe o que obtenga nuestra aprobación ni la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Tenga en cuenta que esto no comprende los beneficios por los cuales nuestro plan se responsabiliza y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos abarcan ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED) y en los estudios de exenciones de dispositivos de investigación (IDE), y pueden 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, cubierto por Medicare Original para los inscritos en Medicare Advantage, le recomendamos que lo notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

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

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

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 haya pagado 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 usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe enviar la documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: supongamos que se realiza un análisis de laboratorio que cuesta $100, como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Medicare Original pagaría $80 por la prueba y usted pagaría el copago de $20 requerido por Medicare Original. Entonces usted debería notificar al plan que recibió el servicio de un ensayo clínico calificado y enviar la documentación, como la factura de un proveedor, al plan. El plan le pagaría $10 directamente a usted. Por lo tanto, su pago neto es $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago del plan, debe enviar la documentación a su plan, como la factura de un proveedor.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará los artículos o servicios nuevos que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubriera dicho artículo o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las CT mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requiriese una sola CT.
- Los artículos y servicios que habitualmente brindan los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier persona inscrita en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en el sitio web de Medicare, donde podrá leer o descargar la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).

También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. 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 ¿Qué es 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, se brindará cobertura para 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 *no* se consideran voluntarios y que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

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

- El centro que brinde atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene 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. 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 en un hospital para pacientes internados y un centro de enfermería especializada.

SECCIÓN 7 Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber hecho cierta cantidad de pagos en nuestro plan?

Los equipos médicos duraderos (DME) incluyen artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa (IV), nebulizadores y camas de hospital indicados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero (DME) pueden quedarse con dichos equipos después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de BlueMedicare Classic, no tendrá posesión de los DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el DME en Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá hacer otros 13 pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para adquirir el artículo. Los pagos que hizo mientras estuvo inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: realizó 12 o menos pagos consecutivos 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 o menos pagos consecutivos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Usted estaba en nuestro plan, pero no obtuvo la posesión mientras estaba en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para tener la posesión del artículo una vez que se una a Original Medicare de nuevo. Todos los pagos previos (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

SECCIÓN 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, BlueMedicare Classic 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 Classic o el equipo de oxígeno ya no es médicamente necesario, debe devolver el equipo.

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

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

Este capítulo proporciona una Tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se detalla cuánto deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de BlueMedicare Classic. Más adelante en este capítulo encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se explican los límites en determinados servicios.

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

Para que comprenda la información sobre los pagos que incluimos en este capítulo debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- 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 que está en la Sección 2 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 que está en la Sección 2 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) nunca deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de Medicaid o de elegibilidad para QMB, si corresponde.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en el monto total que paga de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es de $5,000.

Los montos que paga por los copagos y coseguros para los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo 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 que paga de su bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no se contemplan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo de $5,000 de costos que paga de su bolsillo, ya no deberá pagar más costos de su bolsillo para el resto del año por servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y de la Parte B. No obstante,

debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de BlueMedicare Classic, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido del plan cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos aparte adicionales, lo que se llama **facturación de saldos**. Esta protección se 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.

A continuación, le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor, como en los siguientes casos:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión o para servicios de urgencia o emergencias fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios médicos y costos como miembro del plan

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes enumera los servicios que cubre BlueMedicare Classic y lo que usted paga de su bolsillo por cada uno de ellos. La cobertura para medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta 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.
- Para los nuevos afiliados, su 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 requerir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe atención por parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea atención de emergencia o de urgencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que usted deberá pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios brindados.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP deberá autorizarlo con antelación antes de que acuda a otros proveedores de la red del plan. A esto se le denomina darle una remisión.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto a veces se denomina autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están indicados con **negrita** en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un 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:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Medicare Original. En el caso de otros, paga *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2025 [Medicare y usted 2025]*. Puede verlo en línea en www.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. No obstante, si 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 nuevo servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la tabla de beneficios.

Nota: Necesitará una remisión de su PCP antes de consultar a cualquier tipo de especialista, excepto los especialistas enumerados en el Capítulo 3, Sección 2.2, mencionados arriba. Para todos los demás especialistas, debe obtener una remisión de su PCP.

Tabla de beneficios médicos

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal	
Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, auxiliar médico, profesional en enfermería o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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, el dolor crónico en la región lumbar 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.). • No relacionadas con cirugías. • Aquel que no está asociado con un embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año. Se debe interrumpir el tratamiento si el paciente no mejora o tiene un retroceso. Requisitos de proveedores: Los médicos (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	Copago de $20 por cada servicio de acupuntura cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Acupuntura para dolor lumbar crónico (continuación) • 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 hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención 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 el 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 atención de emergencia, se requiere autorización previa para los servicios de ambulancia. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Dentro y fuera de la red** Copago de $250 por cada viaje de ida cubierto por Medicare (viaje de ida)

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 PCP dentro de un periodo de 12 meses. Florida Blue Medicare 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.
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).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
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 remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca regulares.	**Se requiere una remisión para recibir los servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $35 para las visitas de rehabilitación cardíaca cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios. Copago de $55 para las visitas de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio para pacientes ambulatorios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento del comportamiento intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Análisis para detectar 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).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Apoyo de un cuidador Brindamos cobertura para orientación, educación y servicios de apoyo de manera digital, como asesoramiento y cursos de capacitación para cuidadores de miembros. Los beneficios incluyen lo siguiente: • Una herramienta web que presenta contenido educativo que abarca temas relacionados con la salud, los recursos económicos, la vida para adultos mayores, la atención domiciliaria y el estilo de vida.	Copago de $0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Apoyo de un cuidador (continuación) • Acceso para que los cuidadores y los familiares publiquen actualizaciones y videos; herramientas para gestionar documentos, mantenerse organizado y estar al tanto de las próximas actividades y citas. • Herramientas de búsqueda de recursos comunitarios (es decir, búsqueda de viviendas para adultos mayores y búsqueda de atención domiciliaria). Nuestros beneficios están disponibles a través de nuestro proveedor participante de Apoyo de un cuidador. Para inscribirse para los servicios de apoyo de un cuidador, llame al 1-855-955-3010 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. (hora del este).	
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. • 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropraxia 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) y las radiografías realizadas o solicitadas por un quiropráctico.	Copago de $20 para cada servicio de quiropraxia cubierto por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 o enema de bario. • 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 enema de bario. • 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. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopía para pacientes de alto riesgo. Se puede realizar a los 24 meses de la última prueba de detección de enema de bario o la última colonoscopia de detección.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de cáncer colorrectal, incluido el de enema de bario, 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. Consulte también la sección “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios. Consulte también la sección “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años que no sean de alto riesgo. Al menos una vez cada 48 meses después de la última prueba de detección de enema de bario o de sigmoidoscopia flexible. Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección subsiguiente después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal en heces no invasiva cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.	
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 actualmente 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 incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones dentales que se realizan como preparación para un tratamiento con radiación contra el cáncer y que afecta la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de riñón. Además, cubrimos lo siguiente: • 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) para servicios dentales cubiertos por Medicare.	**Se requiere autorización previa para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $35 para la atención dental que no es de rutina cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios dentales* (beneficios adicionales) También cubrimos los siguientes servicios y suministros dentales adicionales no cubiertos por Medicare: **SERVICIOS PREVENTIVOS**	
Evaluaciones bucales clínicas **2 evaluaciones por año calendario (combinado con D0150)** D0120: evaluación bucal periódica D0150: evaluación bucal integral (pacientes nuevos o regulares) *Las evaluaciones bucales integrales (D0150) se limitan a 1 por vida, por dentista, pero también se tienen en cuenta para el límite de 2 evaluaciones por año calendario.*	Copago de $0
Diagnóstico por imágenes (radiografías) **Máximo de 1 juego por año calendario** D0270: mordida (una sola radiografía) D0272: mordida (dos radiografías) D0273: mordida (tres radiografías) D0274: mordida (cuatro radiografías) D0277: mordida vertical (7-8 radiografías) *Cualquiera de los códigos mencionados anteriormente constituye un juego.* **1 juego cada 3 años (combinado D0210, D0330)** D0210: intrabucal (serie completa de radiografías) D0330: radiografía panorámica ***Cualquiera de los códigos mencionados anteriormente constituye un juego. Los servicios de imágenes intrabucal y panorámicas se tienen en cuenta para el límite de 1 juego por año.***	Copago de $0
Profilaxis dental (limpiezas) **2 por año calendario** D1110: profilaxis para adultos	Copago de $0

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios dentales* (beneficios adicionales) (continuación)	
SERVICIOS INTEGRALES	
Ajustes de dentaduras postizas **1 por año calendario (ya sea para D5410, D5411, D5421, D5422)** D5410: ajuste de la dentadura postiza completa (maxilar) D5411: ajuste de la dentadura postiza completa (mandibular) D5421: ajuste de la dentadura postiza parcial (maxilar) D5422: ajuste de la dentadura postiza parcial (mandibular)	Copago de $0
Extracciones simples **Máximo 1 por año calendario para un diente brotado o expuesto. Incluye anestesia local, sutura y atención posoperatoria de rutina.** D7140: extracción, diente brotado o raíz expuesta (extracción con elevación o fórceps)	Copago de $0
Los montos que paga por estos servicios y suministros dentales adicionales no cuentan para calcular el monto máximo de gastos de bolsillo dentro de la red o combinado fuera de la red. 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 cambia. 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una visita anual para la prueba de detección de depresión.
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 dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Servicios, suministros y capacitación para la autogestión de 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.	Copago de $0 para monitores de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre y dispositivos de lanceta cubiertos por Medicare. Copago de $0 para zapatos terapéuticos y plantillas para diabéticos.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios, suministros y capacitación para la autogestión de la diabetes (continuación)	
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (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. • Todo DME médicamente necesario cubierto por Medicare Original está cubierto por nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono) para obtener información adicional. • 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. • 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 se puede obtener en una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare o a través de nuestra red de DME participante.	Copago de $0 para capacitación sobre la autogestión de la diabetes. Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios. Consulte también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios. Para conocer los costos compartidos aplicables a la insulina y las jeringas, consulte el Capítulo 6.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios, suministros y capacitación para la autogestión de la diabetes (continuación) • Los medidores de glucosa y las tiras reactivas Lifescan (OneTouch®) y Ascencia (Contour®) se pueden obtener de una farmacia minorista contratada por Florida Blue Medicare. • Lifescan (OneTouch®) y Ascencia (Contour®), así como otras marcas de medidores de glucosa y tiras reactivas, también se pueden obtener a través de nuestra red de DME participante. 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 llenado inicial de un CGM cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor participante de DME. o Puede obtener reposiciones 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	
(Para ver la definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo DME que sea médicamente necesario cubierto por Medicare Original. Si nuestro proveedor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que haga un pedido especial para usted. Puede acceder a la lista más actualizada de proveedores en nuestro sitio web en **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.	**Es posible que se requiera autorización previa para ciertos artículos. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Su costo compartido para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare es de un coseguro mensual del 0%. El costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en BlueMedicare Classic usted había realizado el pago del alquiler por 36 meses para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en BlueMedicare Classic es un coseguro mensual del 0%. Coseguro del 0% para todos los equipos médicos duraderos aprobados por el plan y cubiertos por Medicare, excepto sillas de ruedas motorizadas y escúteres eléctricos.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) • El llenado inicial de un CGM cuando se utiliza con una bomba de insulina puede obtenerse a través de nuestro proveedor participante de DME. o Puede obtener reposiciones adicionales a través de su farmacia minorista contratada o farmacia de pedido por correo. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros (en la contraportada de este documento 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 el año del plan.	Coseguro del 20% para todas las sillas de ruedas motorizadas y los escúteres eléctricos aprobados por el plan y cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% para medicamentos administrados mediante el uso de una bomba de DME cubierta. Consulte también la sección "Capacitación sobre la autogestión de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos" de esta Tabla de beneficios. Consulte también la sección "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" de esta Tabla de beneficios.
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.	**Dentro y fuera de la red** Copago de $125 para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare. **No deberá pagar el copago si ingresa en el hospital durante las 48 horas posteriores a haber recibido tales servicios.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de emergencia (continuación)	
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. 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 obtener un formulario de reclamaciones. Consulte también “Servicios de urgencia” y “Atención que no sea de emergencia”.	Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección se estabilice, debe recibir la atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan, y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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. ni de sus territorios.** Debe llamar al Centro de Servicios de BlueCard Worldwide 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 $125 para los servicios de emergencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. **No deberá pagar el copago si ingresa en el hospital durante las 48 horas posteriores a haber recibido tales servicios.** **Los beneficios para la atención de emergencia y la atención de urgencia recibidas 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.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Programas educativos sobre salud y bienestar	
El 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 una sede 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**.	Su participación en el Programa de Acondicionamiento Físico SilverSneakers no tiene costo alguno.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	**Se requiere una remisión para recibir servicios de audición cubiertos por Medicare. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $35 para los servicios auditivos cubiertos por Medicare.
Servicios de audición* (beneficios adicionales)	
También cubrimos los siguientes servicios de audición adicionales no cubiertos por Medicare:	
Examen auditivo de rutina: Un examen por año	Copago de $0
Evaluación y ajuste de audífonos: Una evaluación o ajuste de audífonos por año	Copago de $0
Audífonos: hasta 2 audífonos por año. Se deben obtener servicios de audición adicionales a través de nuestro proveedor participante para recibir beneficios dentro de la red. Comuníquese con Servicios para Miembros para recibir 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	**Nivel de tecnología: Copago por audífono** Entrada de $350.00 por dispositivo Básico de $525.00 por dispositivo Prima de $825.00 por dispositivo Preferido de $1,125.00 por dispositivo

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de audición* (beneficios adicionales) (continuación) • 60 baterías por año por audífono (suministro para 3 años. Únicamente para audífonos no recargables). • Garantía de reparación del fabricante de 3 años • Cobertura de reemplazo por 1 vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono) • Primer juego 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. NOTA: Los servicios de audición de proveedores fuera de la red no están cubiertos.	Avanzado $1,425.00 por dispositivo Prima de $1,825.00 por dispositivo Sujeto al beneficio máximo. El miembro debe pagar cualquier monto una vez que se haya aplicado el beneficio máximo.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tienen mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: • Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 en forma intermitente o de medio tiempo (se cubrirán en función del beneficio de atención médica a domicilio; los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos	**Se requiere autorización previa para los servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $0 para las visitas de atención médica domiciliaria cubiertas por Medicare (incluidos los servicios de infusión en el hogar, pero sin incluir los medicamentos de infusión). Consulte también la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre los medicamentos de infusión. Consulte también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia 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 su casa. 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 monitoreo 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	Copago de $0 para cada servicio de terapia de infusión en el hogar cubierto por Medicare. Consulte también la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre los medicamentos de infusión. Consulte también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.
Cuidados de hospicio Usted será elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y 6 meses o menos de vida si su 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 el 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.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, Medicare Original, y no BlueMedicare Classic, paga los servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados de hospicio (continuación) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Atención domiciliaria Cuando se le admite para cuidados de hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan. 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: Medicare Original (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 Medicare Original por los servicios que Medicare Original cubre. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original. 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 una 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 obtiene 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.	**Dentro y fuera de la red** Copago de $0 por consulta médica para la elección de servicios de hospicio.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Cuidados de hospicio (continuación) • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Medicare Original). Para los servicios cubiertos por BlueMedicare Classic pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: BlueMedicare Classic seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B o que no estén relacionados con su pronóstico 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 con el hospicio terminal, usted paga el costo compartido; si se relacionan con su afección con el hospicio terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*. **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.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Vacunación Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Vacunas antigripales/contra la influenza, una vez por temporada de gripe/influenza en otoño e invierno, con vacunas adicionales si es médicamente necesario • 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 vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener información adicional.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, antigripales/contra la influenza, hepatitis B y la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. No hay límite de cantidad de días de hospitalización cubiertos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios)	**Se requiere autorización previa para la atención hospitalaria para pacientes internados que no sea de emergencia. 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.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)	
• Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios 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 Medicare Original. Si BlueMedicare Classic brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en un lugar alejado, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.	**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.** **Días 1 al 7:** copago de $185 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. Copago de $0 para los servicios de sangre, incluido el almacenamiento y la administración.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre. • 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 puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* 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. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los medicamentos orales y otros medicamentos aprobados para la autoadministración que se den al momento del alta luego de una admisión como paciente internado o que se reciban durante una visita a la sala de emergencia 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.	

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	**Se requiere autorización previa para la atención médica de salud mental para pacientes internados que no sea de emergencia. 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.** **Días 1 al 5:** copago de $270 por día (por hospitalización cubierta por Medicare). No se le cobrará un copago por el día del alta. **Días 6 a 90:** copago de $0 por día. **Días de reserva de por vida:** copago de $0 por día.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha agotado sus beneficios para paciente internado o si la hospitalización no es razonable y 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 ocupacional y terapia del habla	***Servicios médicos:*** Para obtener información sobre la cobertura de los servicios de atención primaria y de especialistas cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios de médicos/ practicantes” en esta Tabla de beneficios. ***Terapia ocupacional, fisioterapia, y terapia del habla y del lenguaje*** Para las terapias cubiertas por Medicare, consulte la sección “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios” en esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. ***Pruebas de diagnóstico, radiografías, radioterapia (incluye vendajes quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos)***

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Hospitalización: los servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta (continuación)	
	Para los servicios cubiertos por Medicare, consulte "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios" en la Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. ***Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados*** Para equipos, dispositivos y suministros relacionados cubiertos por Medicare, consulte la sección "Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados" en esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. ***Dispositivos protésicos y suministros relacionados*** Para equipos, dispositivos y suministros relacionados cubiertos por Medicare, consulte la sección "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" en esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 Medicare Original) 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de tratamiento médico nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para cambios de salud del comportamiento 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	
La Parte B de Medicare Original 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 externos 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 • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi®, (el nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite estudios y pruebas adicionales antes del tratamiento, o durante este, lo que podría aumentar sus costos generales. Hable con su médico acerca de los estudios y las pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos para trasplantes/inmunosupresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el 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.	**Se requiere autorización previa para los medicamentos de la Parte B de Medicare (excepto las inyecciones para la alergia). Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a requisitos de tratamiento escalonado. Para obtener más información sobre el tratamiento escalonado, consulte la Sección 4.2 del Capítulo 5 de este documento.** **Puede consultar una lista de medicamentos de la Parte B de Medicare sujetos a los requisitos de tratamiento escalonado en nuestro sitio web: www.floridablue.com/medicare. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (en la contraportada de este folleto encontrará impresos los números de teléfono).**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)	
• 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 administrarse usted mismo el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer que usted toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer disponibles, 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. • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. • Medicamentos calcimiméticos en el marco del sistema de pago de la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®.	*Los costos compartidos de insulina están sujetos a un límite de coseguro de $35 para el suministro de insulina de un mes y no se aplican los deducibles a nivel del plan.* Copago de $0 para Avastin® (bevacizumab) para inyecciones en los ojos. Copago de $0 para sueros de antígeno para alergia cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% para todos los demás medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare. Los medicamentos de la Parte B de Medicare están sujetos a un coseguro del 20%. 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).

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario y los anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si 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 a domicilio 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: www.floridablue.com/medicare/forms. También cubrimos vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte B, y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud 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 incluye en el Capítulo 6. 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 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. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de obesidad y tratamientos preventivos.
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 de los 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	**Puede requerirse autorización previa para servicios que no sean urgentes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $20 para servicios del programa de tratamiento con opioides. Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Tratamiento de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Sangre: incluidos almacenamiento y administración. La cobertura comienza a partir de la primera pinta de sangre. • Otras pruebas de diagnóstico ambulatorias, incluidos los servicios de imágenes avanzadas (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)	**Se requiere una remisión para recibir los servicios.** **Es posible que se requiera autorización previa para estos servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $25 cuando las radiografías se realizan en el consultorio de un médico o en un centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF). Copago de $250 cuando las radiografías se realizan en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. Copago de $0 para una mamografía de diagnóstico. Coseguro del 20% por la radioterapia. Copago de $0 para los servicios de sangre, incluido el almacenamiento y la administración.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios (continuación)	
	Copago de $100 para los procedimientos y las pruebas de diagnóstico, incluidas las ecografías, en todos los centros de servicio, excepto los siguientes: • Copago de $0 por los servicios de laboratorio prestados en un Laboratorio Clínico Independiente (ICL) • Copago de $35 para los servicios de laboratorio solo cuando se brindan en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. • Copago de $0 para pruebas de alergia • Copago de $100 para servicios avanzados de diagnóstico por imágenes si se brindan en el consultorio de un médico. • Copago de $100 para servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un centro de pruebas de diagnóstico independiente (IDTF). • Copago de $250 cuando se brindan servicios avanzados de diagnóstico por imágenes en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se ofrecen para determinar si usted necesita que lo ingresen como paciente internado o si le pueden dar el alta. Para que se cubran servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se brindan a través de la orden de un médico u otra persona autorizada por la ley de licencia estatal y los reglamentos del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital o pedir pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota**: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por 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. También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* Esta hoja informativa está disponible en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	Copago de $125 para servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 y 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 **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 del costo compartido por 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.	**Es posible que se requiera autorización previa para estos servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** • Para las visitas a la sala de emergencia cubierta por Medicare, consulte la sección “Atención de emergencia” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. • Para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios para tratar afecciones y enfermedades renales” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. • Copago de $0 para visitas al consultorio de un proveedor de atención primaria en una clínica profesional operada por un centro.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	
También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada *¿Está usted internado o es un paciente ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!* 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. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas, los 7 días de la semana.	• Copago de $35 para visitas al consultorio de especialistas en una clínica profesional operada por un centro. • Copago de $0 para Avastin® (bevacizumab) para inyecciones en los ojos administradas en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. • Copago de $0 para las colonoscopias realizadas en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. • Copago de $0 para el tratamiento del linfedema proporcionado en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. • Copago de $0 para las mamografías de diagnóstico realizadas en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	
	• Copago de $130 para servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que no sean los siguientes: o Para obtener servicios de observación cubiertos por Medicare en un entorno hospitalario ambulatorio, consulte la sección “Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios” en esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. o Para obtener información sobre la cirugía ambulatoria cubierta por Medicare, consulte la sección “Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	
	o Para obtener información sobre la cobertura de servicios de laboratorio, pruebas de diagnóstico, radiografías y otros servicios de radiología cubiertos por Medicare, incluidos suministros médicos como férulas y yesos, consulte la sección “Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios” en esta Tabla de beneficios. o Para los servicios de salud mental cubiertos por Medicare, consulte la sección “Atención de salud mental para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	
	o Para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare, consulte la sección “Servicios de hospitalización parcial” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. o Para suministros médicos cubiertos por Medicare, como férulas y yesos, consulte la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. o Para los medicamentos de quimioterapia, los medicamentos de infusión cubiertos por la Parte B de Medicare y otros medicamentos de la Parte B de Medicare consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)	
	Consulte también la sección "Servicios de rehabilitación cardíaca" de esta Tabla de beneficios. Consulte también la sección "Servicios de rehabilitación pulmonar" de esta Tabla de beneficios. Consulte también la sección "Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios" de esta Tabla de beneficios.
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.	**Puede requerirse autorización previa para servicios que no sean urgentes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $20 por cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Copago de $20 para los servicios de especialidad de salud mental y los servicios psiquiátricos para sesiones individuales o grupales. Consulte también la sección "Telesalud" de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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).	**Se requiere una remisión para recibir los servicios.** **Es posible que se requiera autorización previa para estos servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $0 para el tratamiento del linfedema. Copago de $35 para terapia ocupacional/fisioterapia/terapia del habla en todos los centros de servicio. Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.
Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	
Servicios de tratamiento para trastornos por uso de sustancias ilícitas que se proporcionan en el hospital para pacientes ambulatorios o en el consultorio para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias ilícitas o para pacientes que requieren tratamiento, pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno ambulatorio.	**Puede requerirse autorización previa para servicios que no sean urgentes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios (continuación)	
	Copago de $20 para cada visita de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. Consulte también la sección "Telesalud" de esta Tabla de beneficios.
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 realice por escrito una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.	**Es posible que se requiera autorización previa para estos servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $130 para los servicios cubiertos por Medicare brindados en un hospital para pacientes ambulatorios. Copago de $150 para los servicios cubiertos por Medicare brindados en un centro quirúrgico ambulatorio. Copago de $0 para la colonoscopia realizada en un centro quirúrgico ambulatorio.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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. 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.	**Se requiere autorización previa para los servicios no urgentes. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $20 para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.
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 externos 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	**Ciertos servicios profesionales de especialidad requieren una remisión. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** ***Visitas al consultorio*** Copago de $0 para las visitas al consultorio de un proveedor de atención primaria.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)	
• Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Atención primaria y de urgencia, dermatología, salud del comportamiento (incluidos tratamientos ambulatorios con opioides y por abuso de sustancias tóxicas), 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. • 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 una enfermedad renal terminal para miembros que se realizan diálisis en el hogar, en una clínica para diálisis renal de un hospital o de un hospital con acceso crítico, centro para 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.	Copago de $0 para un examen de audición y de equilibrio básico en el consultorio de un especialista. Copago de $35 para las demás visitas al consultorio de especialistas. *NOTA: Las pruebas de laboratorio y las pruebas de diagnóstico en el consultorio de un PCP o de un especialista se incluyen como parte del copago aplicable para las visitas al consultorio.* Copago de $0 para todos los demás servicios profesionales no especificados en esta tabla. ***Servicios profesionales prestados en el centro*** Copago de $0 por los servicios profesionales prestados en un centro cuando los costos compartidos se aplican a la factura del centro por el mismo servicio. ***Servicios auditivos cubiertos por Medicare*** Consulte la sección "Servicios de audición" de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación)	
• 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 durante 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 de 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** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o la evaluación no requiere una visita al consultorio en 24 horas o en la cita más próxima disponible.	***Servicios dentales cubiertos por Medicare*** Consulte la sección “Servicios dentales” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. ***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 aplicables por el medicamento más cualquier copago aplicable por los servicios profesionales para administrar el medicamento, según la ubicación del servicio (excepto los medicamentos de quimioterapia). Consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” de esta Tabla de beneficios para obtener información sobre la cobertura. Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico (continuación) • 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) • 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.	
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	Copago de $40 para cada visita de podiatría cubierta por Medicare

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 • 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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del antígeno prostático específico (PSA) anual.
Dispositivos protésicos, 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 prostéticos 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 requiera autorización previa para ciertos artículos. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Las órtesis se incluyen en esta categoría.** Coseguro del 20% para dispositivos prostéticos cubiertos por Medicare, suministros relacionados con dispositivos prostéticos y órtesis.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) de moderada a grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	**Se requiere una remisión para recibir los servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $15 para las visitas de rehabilitación pulmonar cubiertas por Medicare en todos los lugares de servicio.
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección y asesoramiento para reducir consumo excesivo de alcohol cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de dosis baja (LDCT) Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses. **Los miembros elegibles son los siguientes:** personas de entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de tabaquismo de, al menos, 20 paquetes por año y que fuman actualmente, que hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartidas sobre la prueba detección de cáncer de pulmón que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que la facilitó un médico o un profesional no médico calificado. *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón después de una prueba de detección inicial con una LDCT:* el miembro debe 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 tomografía computarizada de baja dosis (LDCT), la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales casos.	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.
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.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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.	
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 ellos temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es ingresado en el hospital para recibir atención especial)	**Dentro y fuera de la red** Coseguro del 20% para los servicios de diálisis en todos los lugares de servicio. **Dentro de la red** Copago de $0 para servicios educativos sobre enfermedad renal cubiertos por Medicare. Consulte también la sección “Atención hospitalaria para pacientes internados” de esta Tabla de beneficios. Consulte también la sección “Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)	
• 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 más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección *Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare*.	Consulte también la sección "Agencia de atención médica a domicilio" de esta Tabla de beneficios. Consulte también la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y suministros relacionados" en esta Tabla de beneficios.
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF)	
(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. Los centros de atención de enfermería especializada suelen llamarse SNF). La cobertura se limita a 100 días por periodo 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	**Se requiere autorización previa para todas las admisiones como paciente hospitalizado a centros de enfermería especializada. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** **Días del 1 al 20:** copago de $0 por día (por periodo de beneficios).

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (continuación)	
• 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 comienza a partir de la primera pinta de sangre. • 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 centro de atención de enfermería especializada (SNF) donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que se retire del hospital.	**Días 21 a 100:** copago de $214 por día (por período de beneficios). Copago de $0 para los servicios de sangre, incluido el almacenamiento y la administración. Un **"periodo 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 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 que puede tener. Consulte también la sección "Servicios médicos o profesionales, incluidas visitas al consultorio del médico" de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales. Si consume tabaco y se le ha diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que puede resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar, dentro de un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
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	**Se requiere autorización previa para los servicios de terapia de ejercicios supervisados. Se requiere una remisión para recibir los servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** Copago de $25 por cada sesión de terapia de ejercicios supervisados (SET) cubierta por Medicare.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Terapia de ejercicios supervisados (SET) (continuación) • 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 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 forma conveniente de acceder a los servicios de atención médica de forma remota utilizando la tecnología como teléfonos, computadoras o dispositivos inteligentes. Con nuestro plan, tiene la opción de recibir ciertos servicios a través de visitas en persona o de telesalud. Los siguientes servicios están disponibles a través de telesalud: • Atención primaria y de urgencia • Dermatología • Salud del comportamiento (que incluye tratamiento con opioides y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios) • Terapias en el hogar (que incluye terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia) • servicios nutricionales y dietéticos.	**Se requiere una remisión para recibir los servicios.** **Es posible que se requiera autorización previa para estos servicios. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.** • Copago de $35 por servicios de urgencia. • Copago de $0 para los servicios de atención primaria • Copago de $35 para terapia ocupacional y del habla y fisioterapia.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Telesalud (beneficios adicionales) (continuación)	
Para recibir estos servicios a través de telesalud, debe hacer lo siguiente: • Usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Obtener una receta de un profesional clínico. 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 profesional clínico.	• Copago de $35 para servicios de dermatología. • Copago de $20 para sesiones individuales de servicios especializados de salud mental para pacientes ambulatorios • Copago de $20 para sesiones individuales de servicios especializados de psiquiatría para pacientes ambulatorios • Copago de $20 para los servicios del Programa de tratamiento con opioides • Copago de $20 para sesiones individuales de servicios especializados sobre abuso de sustancias tóxicas como paciente ambulatorio • Copago de $0 para la capacitación sobre la autogestión de la diabetes • Copago de $0 para servicios dietéticos

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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 contrato. Su plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo debe cobrarle los costos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de 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 servicios de urgencia fuera del país, consulte a continuación si los necesita (en todo el mundo).	**Dentro y fuera de la red** Copago de $35 para las visitas de atención de urgencia cubiertas por Medicare cuando los servicios se brindan en un centro de atención de urgencia.
Centros de atención de conveniencia Los centros de atención de conveniencia son clínicas de atención sin necesidad de cita que se especializan en el tratamiento de enfermedades comunes y proporcionan servicios básicos de detección de enfermedades.	Copago de $35 para los servicios cubiertos por Medicare prestados en un centro de atención conveniente. **El copago no se exime en caso de ingreso en el hospital.** Consulte también la sección “Telesalud” de esta Tabla de beneficios.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Servicios de urgencia (en todo el mundo)	
Excepto **para emergencias en todo el mundo y servicios de transporte de urgencia,** 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 ofrecemos transporte en ambulancia fuera de los EE. UU. ni de sus territorios.** Debe llamar al Centro de Servicios de BlueCard Worldwide al 1-800-810-BLUE (2583) (siga las indicaciones sobre proveedores internacionales), o llame con costo revertido al 1-804-673-1177 para que Florida Blue pueda ayudar a coordinar un acuerdo de facturación con el proveedor extranjero. **Hay un beneficio máximo combinado de $25,000 por año para servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo.**	**Fuera de la red** Copago de $125 para los servicios de urgencia cubiertos por el plan recibidos fuera de los EE. UU. o sus territorios. **Los beneficios para la atención de urgencia y de emergencia que se reciben fuera de los Estados Unidos y sus territorios se limitan a un máximo combinado de $25,000 por año calendario y no incluyen la cobertura de servicios de transporte de emergencia.** **El copago no se exime en caso de ingreso en el 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. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.	**Se requiere una remisión para recibir servicios de la vista cubiertos por Medicare, excepto los exámenes de retinopatía diabética y las pruebas de detección del glaucoma. Para obtener más información, comuníquese con Servicios para Miembros.**

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de la vista (continuación)	
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son: las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular (si 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 cirugía).	Copago de $35 para servicios médicos para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista. Copago de $0 para pruebas de detección de glaucoma cubiertas por Medicare. Copago de $0 para los exámenes de retina para diabéticos. Copago de $0 por un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. o Las monturas básicas se cubrirán hasta el límite del monto del programa de tarifas de Medicare. o Se cubrirán los cristales básicos en su totalidad según lo indique la receta. No se cubrirán otros artículos (p. ej., recubrimientos antideslumbrantes o transicionales).

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
Atención de la vista (continuación)	
	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. Consulte también "Atención de la vista* (beneficios adicionales)".
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	Copago de $0
Anteojos: asignación máxima de $100 por año para la compra de cristales, monturas o lentes de contacto. El miembro es responsable de los costos que excedan el máximo del beneficio. Para que estén cubiertos, los servicios de la vista de rutina adicionales deben obtenerse a través de nuestro proveedor participante contratado. Comuníquese con Servicios para Miembros para recibir más asistencia. Las mejoras de los anteojos están sujetas a la tarifa habitual y normal del proveedor. Los montos que paga por estos servicios y suministros adicionales de atención de la vista no cuentan para la cantidad máxima de bolsillo dentro de la red. Los beneficios no se pueden trasladar al siguiente año de beneficios.	Copago de $0 Sujeto a la asignación máxima anual de beneficios del plan. El miembro es responsable de pagar cualquier monto que supere la asignación máxima anual de beneficios del plan.

Servicios cubiertos	**Lo que debe pagar** cuando recibe estos servicios
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*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la visita *preventiva Bienvenido a Medicare*.

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios *no* cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección indica qué servicios están excluidos de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no están cubiertos por este plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

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 una sala de emergencia, estos siguen sin estar 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 cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	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**	
Procedimientos quirúrgicos y médicos, equipos y medicamentos experimentales. Los artículos y procedimientos experimentales son aquellos determinados por Medicare Original que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.		• Pueden estar cubiertos por Medicare Original en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos que cobren los familiares directos o los integrantes de su familia por la atención brindada.	**Sin cobertura en cualquier circunstancia**	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	**Sin cobertura en cualquier circunstancia**	
Entrega de comidas a domicilio	**Sin cobertura en cualquier circunstancia**	
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	**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.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
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. Se cubren los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor.	**Sin cobertura en 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		• Manipulación 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.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura en cualquier circunstancia	Con cobertura en circunstancias específicas solamente
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para visión parcial.		**Servicios cubiertos por Medicare** • Se cubren los exámenes de la vista y un par de anteojos (o lentes de contactos) para personas después de una cirugía de cataratas. **Nuestro plan incluye cobertura adicional para el cuidado de la vista no cubierto por Medicare.** • 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 considerados no razonables ni necesarios, según los estándares de Medicare Original	**Sin cobertura en cualquier circunstancia**	

CAPÍTULO 5:

Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las reglas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

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

Generalmente, el 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. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). *O bien, puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la denominamos Lista de medicamentos para abreviarla). (Consulte la Sección 3 en este capítulo).
- El medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento deba ser aprobado antes de que lo cubramos. (Para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).

SECCIÓN 2 Obtenga su medicamento con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red del 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 aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que se encuentran en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias* o visitar nuestro sitio web (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 Doctor" (Buscar un médico) o llame a Servicios para Miembros. Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para Miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web 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).

¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse 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.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de Salud para la Población India Estadounidense Urbana o Tribal, del Servicio de Salud Indígena (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios 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 www.floridablue.com/medicare o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del 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 recetas por correo postal: llame a una de nuestras farmacias de servicio de pedidos por correo.

- Walgreens Mail Service Pharmacy, las 24 horas, los 7 días de la semana; llame al 1-877-787-3047 o visite 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 al a atención al cliente las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede hablar con un farmacéutico las 24 horas, 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 la 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 la red del plan, su receta no estará cubierta.

De conformidad con las leyes estatales y federales, algunos medicamentos con receta clasificados como sustancias controladas requieren una revisión detallada antes de ser suministrados. 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 notificará después de 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 pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si esta debe enviar, retrasar o detener el nuevo medicamento con receta.

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

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

El plan cuenta con dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado 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. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En su *Directorio de farmacias* en *www.floridablue.com/medicare* 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 recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 Cuándo utilizar una farmacia que no esté dentro de la red del plan

En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para brindarle ayuda, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que se le solicite pagar la diferencia entre lo que usted paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta obtenidos en una farmacia fuera de la red:

- Si está viajando dentro de los EE. UU. y se enferma o se le acaban los medicamentos con receta o los pierde, cubriremos los que obtenga en una farmacia fuera de la red si sigue todas las

demás reglas de cobertura. 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 los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red si están relacionados con la atención de una emergencia médica o atención de urgencia.
- Cubriremos su receta en una farmacia fuera de la red si se da al menos una de las siguientes condiciones:
    - Si no puede obtener un medicamento cubierto de forma oportuna dentro del área de servicio porque no hay ninguna farmacia de la red que atienda las 24 horas dentro de una distancia razonable en automóvil.
    - Si intenta obtener un medicamento con receta que habitualmente no está en el inventario de una farmacia minorista de la red accesible o en una farmacia que brinde servicios de pedido por correo (incluidos los 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 la consulta 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 el 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 ninguna de las situaciones antes mencionadas se aplica y usted paga de su bolsillo voluntariamente un medicamento, usted será responsable de pagar el precio total del medicamento en efectivo y nuestro plan no le reembolsará el dinero. La cantidad que usted paga no será parte de los costos totales que paga de su bolsillo.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

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. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario).* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos para abreviarla.**

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando usted siga las otras reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con *los siguientes requisitos*:

- Esté aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- Esté respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos de American Hospital Formulary Service y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende con un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. 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 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. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de Medicamentos.

Lo que *no* se incluye en la Lista de medicamentos

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, puede obtener un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay seis niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será su costo 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.
- Nivel 5, nuestro 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.
- Nivel 6, nuestro 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 está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 *(Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D)*.

Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay cuatro formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de forma electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.floridablue.com/medicare/forms). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos o para pedir una copia de la lista.
4. Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan (visite https://www.myprime.com/ o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para ver un valor estimativo de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen reglas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. 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.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las reglas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento con receta por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del

medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

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 para obtener información sobre lo que usted o su proveedor deberán hacer para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9)**.**

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se pone en marcha para garantizar la seguridad para los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Cómo probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, que no está en nuestro formulario o que está en nuestro formulario con 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 está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican reglas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- 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.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. **Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o si está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.**
- **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.**

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, hay opciones:

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

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle 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 nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si usted estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal del 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 sido parte del plan durante más de 90 días, son residentes en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para 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.

Durante el tiempo en el que está usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se termine este suministro temporal. Tiene dos opciones:

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 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.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el 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 del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un 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, 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 e imparcial.

Sección 5.3 ¿Qué puede 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 y pida 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.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido 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 e imparcial.

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

SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones 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, el plan puede hacer algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el 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 del plan.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay modificaciones en la cobertura para un medicamento que estoy tomando?

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. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios para un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos hacer en la Lista de medicamentos que le afectan durante el año del plan actual

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios inmediatamente a un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o 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 si agregamos 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 adelante, incluso si está tomando el medicamento que eliminamos o en el que hacemos los cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento del 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**
    - Cuando agregamos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas opciones. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos 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 surtido para 31 días de la versión del medicamento que está tomando.

- **Eliminar 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, le informaremos después de que hagamos 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 está tomando. Por ejemplo, nos basamos en las advertencias de la FDA o en las 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 los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, que incluye cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para cumplir con las restricciones nuevas sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar 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 lo afectan durante el año de plan actual

Es posible que realicemos ciertos 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 está tomando (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 está 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 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección se describen los tipos de medicamentos con receta que se excluyen. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si usted apela 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 FDA.

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 está recibiendo "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda Adicional" no pagará los medicamentos que, por lo general, no cubre. Sin embargo, si cuenta con cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa 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 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 el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione su información de miembro del plan, que puede encontrar en su tarjeta de miembro, a la farmacia de la red que usted 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 en el momento de retirar su medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si usted no tiene su información de membresía?

Si usted no tiene su información de membresía del plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción del 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 para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

Sección 9.1 ¿Qué sucede si está en un hospital o centro de atención de enfermería especializada y el plan cubre su estadía?

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, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan todas nuestras reglas para la cobertura descrita en este capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)?

Normalmente, un 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 www.floridablue.com/medicare para saber si la farmacia del centro de LTC o aquella que utiliza es parte de nuestra red. Si no forma parte, o si usted necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para Miembros. 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.

¿Qué sucede si usted reside en un centro LTC y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura para 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 este 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 plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 ¿Qué sucede 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 hospicio o que le den de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

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

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 su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

Sección 10.2 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 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 benzodiazepinas 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 benzodiazepinas de una farmacia en particular.
- Requerir que usted obtenga todas sus recetas médicas para medicamentos opioides o benzodiazepinas de una persona autorizada a dar recetas en particular.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si decidimos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. 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 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 se le aplicará nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia drepanocítica, si está recibiendo atención en un hospicio, cuidados paliativos, atención para el fin de la vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 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 superan un monto específico o están en un DMP para ayudarlos a 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 preguntas sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D

¿Recibe ayuda actualmente para pagar sus medicamentos?

Si usted participa en un programa que lo ayuda a 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 posee este inserto, póngase en contacto con Servicios para Miembros y solicite la *Cláusula adicional LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la demás documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, 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. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas reglas: Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" del plan para buscar la cobertura para medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en "tiempo real", lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los costos 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.

Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen distintos tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido**; hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le 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 1.3 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 <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

<u>Los costos que paga de su bolsillo incluyen</u> 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 las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - 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.

Es importante quién paga:

- Si efectúa estos pagos **usted mismo**, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en los costos que paga de su bolsillo si **otras personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por planes de salud de empleadores o sindicatos, o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda Adicional" de Medicare.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,000 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 **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del 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 de sus medicamentos realizados por la Administración de atención médica para 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.

¿Cómo se puede llevar un registro de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,000, este informe le indicará que ha pasado de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 El precio que paga por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que esté al obtener el medicamento

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

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta de BlueMedicare Classic. El monto que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Puede ver los detalles de cada etapa en las Secciones 4 a 6 de 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 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)*

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 dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A esto se lo denomina **costos que paga de su bolsillo**. Esto incluye lo que paga cuando obtiene un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago por sus medicamentos realizado mediante “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de Salud Indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de los medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del 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 el 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 3.2 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 obtenga medicamentos con receta.** Esto nos brinda información confiable acerca de los medicamentos con receta que obtiene y lo que está pagando.

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 la *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. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No existe deducible para BlueMedicare Classic

No existe deducible para BlueMedicare Classic. Usted comienza en la etapa de cobertura inicial cuando presenta la primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago *o* coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta.

El plan cuenta con seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el monto del nivel de costos compartidos, 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 para 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 para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5, nuestro 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 para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 6, nuestro 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 está su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que usted paga por un medicamento depende de si lo obtiene de las siguientes farmacias:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del 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 un medicamento con receta obtenido 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 www.floridablue.com/medicare.

Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costos compartidos en el que está su medicamento.

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.

Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D es de la siguiente manera:

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido para pedido por correo** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (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 $10	Copago de $10	Copago de $10	Copago de $10
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de $40	Copago de $40	Copago de $40	Copago de $40
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Copago de $93	Copago de $93	Copago de $93	Copago de $93
Nivel 5 de costo compartido (medicamentos especializados)	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido para pedido por correo** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido de atención a largo plazo (LTC)** (un suministro para 31 días como máximo)	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para 31 días como máximo)
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 costos compartidos.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de 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 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 de diferentes medicamentos con receta.

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 Una tabla que muestra sus costos por un suministro de un medicamento *a largo plazo* para 90 días como máximo o para 100 días como máximo

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

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe el suministro a largo plazo de un medicamento.

- 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.

Su parte del costo cuando recibe un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D es de la siguiente manera:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro para 90 días, Nivel 3 y 4, y hasta un suministro para 100 días Niveles 1, 2 y 6)	Costo compartido de servicio de pedido 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 $30	Copago de $30
Nivel 3 de costo compartido (medicamentos de marca preferidos)	Copago de $120	Copago de $120
Nivel 4 de costo compartido (medicamentos no preferidos)	Copago de $279	Copago de $279

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro para 90 días, Nivel 3 y 4, y hasta un suministro para 100 días Niveles 1, 2 y 6)	Costo compartido de servicio de pedido 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 5 de costo compartido (medicamentos especializados)	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 $70 por un suministro de hasta dos meses o $105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costos compartidos.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo durante el año alcancen los $2,000

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de los costos que paga de su bolsillo alcancen los **$2,000**. 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, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,000 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si usted alcanza este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo Medicare calcula los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,000 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará 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 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga depende de cómo y dónde las obtiene

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 en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay dos 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 **colocarle la vacuna**. (A veces se le denomina administración de la vacuna).

Sus costos de vacunas de la Parte D dependen de tres 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 obtiene 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. Como alternativa, un proveedor puede entregarla 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.

- A veces, cuando obtiene una vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como del costo de administración del proveedor. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, 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. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de maneras en que puede obtener 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. En algunos estados no se permite que las farmacias le proporcionen ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, usted no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro O copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- 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 para adultos de la Parte D, 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 O copago por la vacuna (incluida la administración) 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).

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 para adultos de la Parte D, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará 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 para adultos de la Parte D, 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 la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió en concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los 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 del 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 habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o, posiblemente, por más de su parte del costo compartido, como se explicó en este documento. Primero, intente resolver el problema de facturación con el proveedor. Si eso no funciona, envíenosla en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos al proveedor directamente. 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.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede que necesite solicitarle al plan que le reembolse o que pague una factura que ha recibido:

1. **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

   - Usted solo es responsable de pagar la parte que le corresponde del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Legalmente, los proveedores de emergencia tienen la obligación de brindar atención de emergencia. 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 efectuado.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
     - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle 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 a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección (que nunca pague más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso 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 el plan.

3. Si se lo inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en un 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. Deberá enviarnos la documentación correspondiente, como los recibos y las facturas para administrar el 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 la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con 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. Para leer más sobre estas circunstancias, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5. 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 usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción del plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la

información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con 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 si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento con 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, el medicamento puede no estar en la "Lista de medicamentos" del plan o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse a usted. 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 si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento con 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. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

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 si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

Todos los ejemplos anteriores corresponden a tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. En el Capítulo 9 de este documento, se incluye información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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 tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida.
- Descargue una copia del formulario de reclamaciones de nuestro sitio web (www.floridablue.com/medicare/forms) o llame a Servicios para Miembros y pida el formulario.

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

Para solicitudes relacionadas con atención médica:
Florida Blue Medicare
P.O. Box 1798
Jacksonville, Florida 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 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 decidiremos si le pagaremos o no

Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber 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 que usted ha cumplido 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 ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica ni el medicamento, o si usted *no* cumplió todas las reglas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera adecuada y de acuerdo con su idiosincrasia cultural (en idiomas diferentes al inglés, en Braille, en letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos que provienen de culturas y orígenes étnicos diferentes. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, pero no se limitan a, la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios gratuitos de intérpretes disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en Braille, letra grande o en otro formato alternativo sin costo, si así lo necesita. Tenemos la obligación de proporcionarle información acerca de los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado. Para recibir información nuestra de la manera que mejor le funcione, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan debe brindar a las afiliadas de sexo femenino la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina de la mujer.

Si los proveedores dentro de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, usted solo paga el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para recibir este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si está teniendo problemas para obtener información de nuestro plan en forma accesible y adecuada, llame para presentar una queja ante el Departamento de Apelaciones y Quejas (Appeals and Grievance Department) de Florida Blue al 1-800-926-6565. También puede presentar una queja ante Medicare. Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o comuníquese directamente con la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.)

Esta es una traducción de su original en inglés. La versión en inglés prevalecerá.

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

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

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

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

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tiene acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que brinde y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y recibir los servicios cubiertos que estos le hayan proporcionado *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.

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

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

- Su información personal de salud incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como su historia clínica y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y la forma en que se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina **Notice of Privacy Practice** (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 del Gobierno 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 medicamentos con receta 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, mantenida en el plan, y a obtener una copia de sus registros. Tenemos permiso de cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos su historia clínica. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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.

AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

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

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 información de salud protegida (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:** revelaremos su PHI cuando así lo exija la ley.

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

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

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

involucrados en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud. Podemos enviar una explicación de beneficios al titular de la póliza, que puede incluir las reclamaciones pagadas y otra información. Podemos determinar que las personas están involucradas en su atención o en la administración de su política de beneficios de salud si usted está de acuerdo o no objeta la divulgación de su PHI a dichas personas cuando se le brinda una oportunidad. En una emergencia o en situaciones en las que usted está incapacitado o no presente de otra forma, podemos divulgar su PHI a sus familiares, amigos, cuidadores u otros, cuando las circunstancias indiquen que dicha divulgación está autorizada por usted y le conviene. En estas situaciones, solo divulgaremos su PHI relevante a la participación de dicha 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 revelar 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, pago u 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 la administración adecuadas del socio comercial, o para que cumpla con las responsabilidades legales del socio comercial. Estos asociados comerciales incluyen abogados, contadores, consultores, consorcios de reclamaciones y otros terceros. Nuestros asociados comerciales pueden 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 que las autoridades policiales identifiquen o detengan a una persona.
- **Funciones especiales del gobierno**: cuando se cumplen las condiciones adecuadas, es posible que utilicemos o divulguemos la PHI de personas que son personal de las Fuerzas Armadas (i) para actividades consideradas necesarias por las autoridades de mando militar correspondientes; (ii) para el propósito de la determinación por parte del Departamento de Asuntos de Veteranos de su elegibilidad para los beneficios; o (iii) a las autoridades militares extranjeras si usted es miembro de ese servicio militar extranjero. También podemos divulgar su PHI a funcionarios federales autorizados para realizar actividades de seguridad e inteligencia nacionales, incluida la prestación de servicios de protección al Presidente u otros autorizados legalmente para recibir dicha protección gubernamental.
- **Reclusos**: es posible que utilicemos o divulguemos su PHI si usted es un recluso de un centro de corrección y su médico creó o recibió su PHI en el curso de la prestación de atención para usted.
- **Para los Patrocinadores del plan, si corresponde (incluidos los empleadores que actúan como Patrocinadores del plan):** es posible que divulguemos información de inscripción y cancelación de inscripción al patrocinador del plan de salud de su grupo. También podemos divulgar cierta PHI al patrocinador del plan para que realice las funciones de administración del plan. Podemos divulgar información de salud resumida al patrocinador del plan para que este pueda obtener las ofertas de la prima o decidir si enmienda, modifica o suspende su plan de salud grupal. Consulte los documentos de su plan, si procede, para obtener una explicación completa de los usos limitados y las divulgaciones que el patrocinador del plan puede hacer de su PHI para proporcionar las funciones de administración del plan para su plan de salud grupal.
- **Para médicos forenses, directores de funerarias y donaciones de órganos**: podemos divulgar su PHI a un médico forense con fines de identificación, para determinar la causa de muerte o para que el médico forense realice otras tareas autorizadas por la ley. También podemos divulgar la PHI a un director de funeraria, según lo autorizado por la ley, con el fin de permitir que realice sus tareas. Podemos divulgar dicha información con una anticipación razonable de la muerte. La PHI puede usarse y divulgarse con fines de donación de tejidos, órganos, cuerpos u ojos.
- **Investigación**: es posible que divulguemos su PHI a los investigadores cuando su investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado los fines de la

investigación y los protocolos establecidos para garantizar la privacidad de su PHI, o según lo permitido de otra manera por la ley federal de privacidad.

- **Recaudación de fondos**: podemos usar su PHI para comunicarnos con usted con el fin de recaudar fondos para nuestro beneficio. Tiene derecho a no recibir estas comunicaciones.
- **Conjuntos de datos limitados e información anónima**: podemos usar o divulgar su PHI para crear un conjunto de datos limitado o información anónima, y para usar y divulgar dicha información según lo permitido por la ley.
- **Para la indemnización laboral**: podemos divulgar su PHI según lo permitido por la indemnización laboral y leyes similares.

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

Obtendremos su autorización por escrito, 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 de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación.

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

formato electrónico solicitado, si es fácilmente posible en dicha forma y formato; o si no, en una forma y un formato electrónico legible según lo acordado por usted y nosotros.

- **Enmienda**: salvo excepciones limitadas, usted tiene derecho a solicitar que enmendemos su PHI.
- **Responsabilidad de divulgación**: usted tiene derecho a solicitar y recibir una lista de ciertas divulgaciones realizadas de su PHI. Si solicita esta lista más de una vez en un 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 de Atención al Cliente que figura en su tarjeta de identificación para solicitar comunicaciones confidenciales en una dirección alternativa, solicite una “dirección 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

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

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de BlueMedicare Classic, 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:

- **Información sobre nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del 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 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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. Desde luego que, 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 está inhabilitado para 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 **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted,** en caso de que alguna vez no tenga la capacidad de tomar decisiones por sí mismo.

- **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**. Existen diferentes tipos de directivas anticipadas y tienen diferentes nombres. Los documentos denominados **testamento vital** y **poder de representación para las decisiones de atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una directiva anticipada para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, del asistente 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. También puede comunicarse con Servicios para Miembros y solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** 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. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado directivas anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital.**

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

Recuerde que es su elección si desea llenar un formulario de directivas anticipadas (incluso si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no directivas anticipadas.

¿Qué pasa si sus directivas no se siguen?

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

Como miembro de nuestro plan:

Florida Blue Medicare se compromete a respetar su derecho a participar plenamente en su atención médica. Para ello, le proporcionamos información que le ayude a tomar decisiones informadas, lo que le permite aprovechar al máximo sus beneficios médicos.

En el sitio web de Florida Blue Medicare, **www.floridablue.com/medicare**, puede encontrar información detallada sobre los siguientes temas:

- Información sobre quejas y reclamos.
- Información sobre la salud del comportamiento.
- Dónde obtener información sobre su plan de beneficios, incluso cómo obtener atención fuera del área de servicio del plan.
- El proceso de administración de casos, los requisitos de elegibilidad y cómo ser remitido al programa.
- Los programas de administración de enfermedades, los requisitos de elegibilidad y cómo ser remitido al programa.
- Cómo acceder a la atención de emergencia y de urgencia.
- Los derechos y responsabilidades de los miembros y cómo obtener asistencia de idiomas.
- Nuevas tecnologías.
- La importancia de tener un proveedor de atención primaria.
- La forma en que Florida Blue Medicare protege su privacidad.
- Cómo gestionamos y protegemos su experiencia de atención médica, nuestra política de incentivos financieros, los requisitos de gestión de utilización (UM) y cómo comunicarse con el personal de UM.

Para acceder a esta información, visite **floridablue.com/medicare/forms**, haga clic en "Medicare Advantage Plans (Part C)" (Planes Medicare Advantage [Parte C]) y luego desplácese hacia abajo hasta "Your Member Rights" (Sus derechos como miembro).

Si tiene alguna pregunta sobre alguno de estos temas o si desea recibir documentación, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-926-6565 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773).

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos reconsiderar decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, preocupación o reclamo y necesita solicitar cobertura, o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o un reclamo, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que sus derechos no son respetados?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a cuestiones de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo diferente?

Si siente que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando, como la siguiente:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP.** Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
    - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)*. (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
    - También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** En esta *Evidencia de Cobertura,* aprenderá lo que está cubierto y las reglas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 dan más 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, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta 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 estos pagos:
    - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
    - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar este monto 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 del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

Qué debe hacer si tiene un problema o un reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una preocupación

Este capítulo explica dos 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.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que nosotros y usted debemos cumplir.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto para seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existen términos legales para algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo tiene las siguientes características:

- Se usan palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece presentar un reclamo en lugar de interponer una queja, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de cobertura o determinación de riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de revisión independiente.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que usted sepa los términos legales correspondientes. Saber qué términos usar lo ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información correctas para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia 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 quejarse. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones es posible que

también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se muestran dos entidades que pueden ayudarle.

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. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 Para tratar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o una preocupación, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le será útil.

¿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 con receta 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.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo: **Sección 4, Una guía para los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo 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 los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: el panorama general

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

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir beneficios

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 refiere a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión favorable de la cobertura, a menos que su médico de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* establezca que el servicio mencionado 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 otras palabras, si usted quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. 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 para usted cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. 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 ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

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

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 para la atención médica, consulte la **Sección 5.4** de este capítulo.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

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

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros**.
- Puede **obtener 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. Comuníquese con Servicios para Miembros y solicite el formulario de *Nombramiento de Representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare 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 con receta 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 con receta 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 y pida el formulario de *Nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en https://www.floridablue.com/medicare/forms). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
    - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes del plazo 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 4.3 ¿Cuál sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes reglas y plazos, damos los detalles de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral ambulatorio [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe estar usando, llame a Servicios para Miembros. También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, como su SHIP.

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

Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

Esta sección se trata de los beneficios que tiene en cuanto a atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar).* En algunos casos, se aplican diferentes reglas para la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En estos casos, le explicaremos cómo las reglas de los medicamentos con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y los servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió atención médica y pagó por ella, y cree que el 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 se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se va a interrumpir es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales
Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina una **determinación de la organización**.
Una decisión rápida de cobertura se denomina **determinación acelerada**.

<u>Paso 1</u>: Decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

Por lo general, se toma una decisión estándar de cobertura dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, se toma una decisión rápida de cobertura dentro de las 72 horas, por servicios médicos, o durante las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:

- *Solamente* puede *solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (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 funcional.*

- **Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarle una decisión rápida de cobertura.**
- **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 rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
    - Que usaremos los plazos estándares.
    - 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 para 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 14 días calendario después de recibir su solicitud **de un artículo o un servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, 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 su solicitud es de un artículo o un servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos 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. 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 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).

Para las decisiones rápidas de cobertura, usamos un plazo acelerado.

Una decisión rápida de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es de un artículo o un servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, responderemos 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 adicionales**. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos 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. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- 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 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales
Una apelación al 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 que todavía no ha recibido, usted o su médico deberán 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 aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** 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 fuera necesario, posiblemente nos comunicaremos con usted o con 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.
    - **No obstante,** si usted solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es de un artículo o un servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
    - 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 brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en el plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le daremos 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 su solicitud es de un artículo o un servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo notificaremos 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. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre reclamos).
    - Si no le damos una respuesta para el plazo límite (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2 en la que 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 con receta de la Parte B de Medicare**.**
- **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 Paso a paso: cómo se realiza una apelación de Nivel 2

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

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

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

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

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

- En el caso de una apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** de haberla recibido.
- 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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 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 con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en **un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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 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 estándares. Para solicitudes aceleradas, contamos con 72 horas desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta parte o la totalidad de la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o brindar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas,** contamos con **24 horas** desde la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) para la cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para:
    - Explicar su decisión.
    - Notificarle a usted 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 tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco 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 la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió 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 pagó está cubierta. 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 está cubierta y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en el plazo de 30 días calendario, pero a más tardar 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 rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3. Para las apelaciones sobre el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de recibida 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 con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos 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 información sobre cómo obtener 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 obtenga nuestra aprobación antes de que lo 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.

Decisiones y apelaciones 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 con respecto a sus beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Solicita que se cubra un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pida una excepción. Sección 6.2**.
- Solicita que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para 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**.

- Solicita el pago de un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pida una excepción. Sección 6.2**.
- Pedir la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**.
- Pagar 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 ¿Qué es una excepción?

Términos legales
Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario.**
Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento, en ocasiones, se denomina **excepción al formulario**.
Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir 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 tres 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 a todos nuestros medicamentos no preferidos en el Nivel 4*.* 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 en la cantidad 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.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos con un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
    - 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.

Habitualmente, 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 pide una excepción de nivel, en general, *no* la aprobaremos, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajo no funcionen igual de bien para usted o puedan causar una reacción adversa u otros daños.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final del 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 Paso a paso: 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 rápida de cobertura, debe cumplir dos requisitos:**

- Pedir un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que se le reembolse la decisión rápida de cobertura para un medicamento que ya compró).
- Usar las vías de plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, automáticamente le daremos una decisión rápida de cobertura.**
- **Si usted mismo nos pide la decisión rápida de cobertura, sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión rápida de cobertura.** Si no aprobamos una decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta en la que se explica lo siguiente:
    - Que usaremos los plazos estándares.
    - 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. En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifica la reclamación denegada que está siendo apelada.

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 alguien 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 declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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 declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido 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 declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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 pedir otra vez que obtenga la cobertura para los medicamentos que quiere. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: 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 una **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 calendario. 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 aparecen 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 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-955-8773). En el Capítulo 2, se incluye la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web en www.floridablue.com/medicare. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos en el procesamiento de 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. 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 que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - 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 pronto como lo requiera su salud, pero no en una fecha posterior a los **7 días calendario** después de recibir su apelación.

- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos límite para una apelación estándar sobre el pago para un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido 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 a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito, en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2

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

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

Paso 1: 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. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una determinación **en riesgo** conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE.

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

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 recibida 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 **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:

- 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 la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto

Cuando es ingresado en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día en que se va del hospital es la **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 deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En un plazo de dos días calendario después de haber ingresado en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos)*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, de un asistente social u enfermero), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** En este se detalla lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite 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 del alta hospitalaria si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta 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.

- Firmar este aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el **aviso *no* significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso para que tenga a mano 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 dos días calendario antes de la fecha de su alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.

    - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

Sección 7.2 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que los servicios hospitalarios para pacientes internados estén cubiertos por nosotros durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar 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 alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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 para la 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

- El aviso por escrito que recibió *(An Important Message from Medicare About Your Rights [Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos])* le explica cómo puede ponerse en contacto 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 usted cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello,* mientras espera la decisión por parte de la Organización para la Mejora de la Calidad.
    - **Si *no* cumple este plazo**, llámenos. Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Una vez que solicite una revisión inmediata del alta del hospital, la Organización para la Mejora de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos comuniquemos con usted le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso proporciona su fecha prevista del alta y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos que es adecuado (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado del alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O bien, puede ver un aviso de muestra 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 tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.

- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito de parte nuestra donde se le indicará la fecha prevista del alta. 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 la *acepta*, **debemos seguir brindándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. 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 *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 posterior a que la Organización para la Mejora de la Calidad responda a su apelación.

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

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

Sección 7.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que analice de nuevo su 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: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión la acepta:

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

Si la organización de revisión la rechaza, ocurrirá lo siguiente:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron para su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay otros tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (hasta un total de cinco 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 la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de 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

Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres 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)

Cuando está recibiendo **servicios cubiertos de atención médica 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, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres 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 cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal
Aviso de la no cobertura de Medicare. Le dice cómo puede solicitar una **apelación de vía rápida.** Solicitar una apelación de vía rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

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

Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar 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 alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O bien, llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

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.

<u>Paso 1:</u> Realice 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 la no cobertura de Medicare*.

- Si no cumple el plazo y desea presentar una apelación, sigue teniendo derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para Mejora de la Calidad.

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 tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informan sobre su apelación; usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explican detalladamente las razones por las que queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

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

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). 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 continuar recibiendo servicios de atención médica domiciliaria, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **deberá pagar el costo total** de esta atención.

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

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

Sección 8.4 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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 domiciliaria, de los servicios en un centro de atención 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 pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

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

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

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

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

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido a partir de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindándole cobertura** por su 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 la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.

- En el aviso que recibirá se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez administrativo o un abogado mediador.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco 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 la apelación de Nivel 3. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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 en dólares del artículo o servicio médico sobre el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar 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 trabaje 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 enviará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del juez administrativo o del abogado mediador.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. 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 rechaza su apelación, el proceso de apelación concluye.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al 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 revisar 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 será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos 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 no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al 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 le daremos una respuesta *positiva* o *negativa* en relación con 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 escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 se explicará con quién debe comunicarse y qué debe 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 trabaje 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 resolución.
- **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 no quiere aceptar la decisión, puede pasar al 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 brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **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 resolución.
- **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 no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al 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 le daremos una respuesta *positiva* o *negativa* en relación con 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, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Ha sido alguien descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con nuestro Servicios para Miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Reclamo	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita, o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud? ¿O a Servicios para Miembros u otro personal de nuestro plan? o Entre los ejemplos se incluye: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o en la sala de exámenes, u obtener un medicamento con receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio de un médico?
Información que obtiene 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 ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar un reclamo por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una *decisión rápida de cobertura* o una *apelación rápida* y rechazamos su solicitud; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar un reclamo. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos, servicios o medicamentos que se aprobaron; puede presentar un reclamo. • Cree que no hemos cumplido los plazos obligatorios para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar un reclamo.

Sección 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.**

Sección 10.3 Paso a paso: presentación de un reclamo

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

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo que necesite hacer, Servicios para Miembros se lo indicará.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presentó su reclamo por escrito, le 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. Funciona de la siguiente manera:

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 puede ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre 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 una demora lo beneficiaría o si usted solicita una demora, 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 ponerse en contacto con nosotros para presentar un reclamo sobre su atención médica.* Tenemos un Formulario de queja (reclamo) para que lo use al presentar un reclamo formal. No es necesario que use el formulario, pero le recomendamos que lo haga.

2. Debe presentar todas las quejas dentro de un plazo de 60 días calendario desde el evento o incidente que conduce a su reclamo. Responderemos su queja en un plazo de 30 días desde que la recibamos (antes si su estado de salud lo requiere). Si necesitamos más información y una demora lo beneficiaría o si usted solicita una demora, 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.

- **De ser posible, le daremos una respuesta 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 la demora es para su conveniencia, o si usted solicita más tiempo, podemos demorarnos hasta 14 días 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 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la Mejora de la Calidad

Cuando su reclamo es sobre la *calidad de la atención*, también tiene dos 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 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

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

CAPÍTULO 10:

Cancelación de su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de la membresía en BlueMedicare Classic puede ser **voluntaria** (es su elección) o **involuntaria** (no es su elección):

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

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos con receta y 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 anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como **período de inscripción abierta anual**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El período de inscripción anual** 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 para medicamentos con receta.
    - Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - *O bien,* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
        - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado 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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **período de inscripción abierta de Medicare Advantage.**

- **El período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** 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 anual de Medicare Advantage,** puede realizar lo siguiente:
    - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener la cobertura mediante Medicare Original. 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.
- **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 con receta 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 Classic 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 finalizar 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 la lista completa, puede ponerse en contacto con el 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 sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.

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

- **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 de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Medicare Original *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Medicare Original *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  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.

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

Si recibe "Ayuda Adicional" de Medicare para pagar los medicamentos con receta: si se pasa a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta 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 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros**

- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2025 (Medicare y usted 2025)***.

- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY: 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su inscripción en BlueMedicare Classic se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
• Medicare Original *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 Classic se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el plan nuevo.
• Medicare Original *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 llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en BlueMedicare Classic se cancelará cuando comience la cobertura de Medicare Original.

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

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

- **Siga usando nuestros proveedores de la red para recibir atención médica.**

- **Siga usando las farmacias *o el pedido por correo* de nuestra red para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 BlueMedicare Classic debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

BlueMedicare Classic debe cancelar su membresía en el 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 seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se mudará o viajará está 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 finalizamos 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 del plan durante los seis meses después de la fecha límite, su inscripción se cancelará por falta de pago.
    - Debemos notificarle por escrito que tiene seis meses después de la fecha límite para pagar la prima de su plan antes de que finalicemos 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 para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

BlueMedicare Classic no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si considera que le están pidiendo que cancele su inscripción en nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 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 creadas bajo esta Ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). 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, género, edad, orientación sexual, 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 con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de 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.

Si desea obtener más información o tiene alguna preocupación en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Sociales 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 Sociales en https://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. Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede 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 CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR), BlueMedicare Classic, como una organización 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.

Cumplimos con las leyes Federales de derechos civiles aplicables y no discriminamos por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Puede ver la notificación, además de información sobre nuestros servicios gratuitos de asistencia lingüística en floridablue.com/es/ndnotice. O llame al 1-800-352-2583 (TTY: 1-877-955-8773).

Form Approved
OMB# 0938-1421

Servicios de interpretación en otros idiomas

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-926-6565. (TTY users should call 1-800-955-8770). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-926-6565 (TTY: 1-877-955-8773). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电1-800-926-6565。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電1-800-926-6565。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-926-6565. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-926-6565. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-926-6565. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-926-6565. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-926-6565. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-926-6565. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Form Approved
OMB# 0938-1421

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على بمساعدتك. هذه خدمة مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-926-6565. سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-926-6565. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-926-6565. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-926-6565. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-926-6565. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-926-6565. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-926-6565 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

SECCIÓN 4 Derechos adicionales de subrogación

Como parte de este contrato, Florida Blue Medicare tiene derecho a cobrarles a terceros los montos pagados por usted en virtud de este contrato que el tercero está obligado a pagar. Este es el derecho de subrogación de Florida Blue Medicare. En el caso de que se realice un pago, se preste un servicio o se proporcione un suministro a un miembro o en nombre de este, Florida Blue Medicare, en el grado de dicho pago, o servicios o suministros prestados, subrogará todas las causas de acción y derechos de recuperación que dicho miembro tenga o pueda tener en contra de cualquier persona u organización como resultado de dicho pago, servicio o suministro. Tales derechos de subrogación se extenderán y aplicarán a toda solución de un reclamo, independientemente de si se ha iniciado un litigio. El miembro deberá ejecutar y proporcionar de manera oportuna los instrumentos y documentos relevantes a dichos derechos de subrogación, según lo pueda solicitar Florida Blue Medicare. Además, el miembro notificará oportunamente a Florida Blue Medicare acerca de cualquier negociación antes de llegar a un acuerdo de conciliación que afecte un derecho de subrogación de Florida Blue Medicare. En ningún caso, el miembro evitará tomar medidas cuando corresponda ni tomará medidas que puedan perjudicar los derechos de subrogación de Florida Blue Medicare. Ninguna exención, descargo de responsabilidad, conciliación u otro documento ejecutado por un miembro sin previo aviso a Florida Blue Medicare, y sin la aprobación de este, serán vinculantes para Florida Blue Medicare. En cualquier caso, Florida Blue Medicare se reserva el derecho de recuperar dichos pagos o el valor razonable por los servicios cubiertos prestados a cualquier persona u organización en la medida en que lo permita la ley. Con respecto a los servicios cubiertos prestados, Florida Blue Medicare tendrá derecho a un reembolso por el valor razonable de dichos servicios, según se determine sobre una base de honorarios por servicio.

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

Usted, como miembro de este plan, reconoce expresamente comprender que este plan constituye un acuerdo únicamente entre usted y Florida Blue Medicare, que es una empresa independiente que opera con una licencia de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield (la “Asociación”), lo que permite a Florida Blue Medicare utilizar las marcas de servicio de Blue Cross and Blue Shield en el estado de Florida, y que Florida Blue Medicare no actúa en carácter agente de la Asociación. Usted reconoce y acepta además que no ha entrado en este plan por declaraciones de ninguna persona que no sea de Florida Blue Medicare, y que ninguna persona, entidad u organización que no sea Florida Blue Medicare debe ser responsable ante usted por las obligaciones que Florida Blue Medicare contrajo con usted en virtud de este plan. Este párrafo no crea obligaciones adicionales para Florida Blue Medicare que no sean las ya estipuladas en virtud de las demás disposiciones de este acuerdo.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12. Definiciones importantes

"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.

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la 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 una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

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

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

Autorización previa: la aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios 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.

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).

Área de servicio: es 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). El plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

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

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o una lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, además de servicios de evaluación del entorno en el hogar.

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 asistencial.

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

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

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

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.

Coseguro: un monto que se le pedirá que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%), como la parte que le corresponde de los costos por servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

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 su plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

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 siguientes tres 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.

Costo compartido estándar: se refiere a aquel que no es el costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

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

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido mencionada anteriormente. 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.

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 especializada. El cuidado asistencial, brindado por personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como, por ejemplo, usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

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

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

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

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

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

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.

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

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 $2,000 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.

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.

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).

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

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 se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

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.

Farmacia minorista estándar: una farmacia de la red que ofrece medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan a niveles de costo compartido más altos que en una farmacia minorista preferida de la red.

"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.

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.

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 DRUGDEX.

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 de la SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

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

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.

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

Medicaid (o Medical Assistance [asistencia médica]): 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.

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.

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.

Medicamento biosimilar: un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos medicamentos biosimilares sustituyen al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una receta nueva (consulte "**Medicamento biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente 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.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), dado que se considera que tiene 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.

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

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.

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 requiere diálisis o trasplante de riñón).

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

Monto 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.

Monto máximo que paga de su bolsillo: es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red. Los montos que

paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual 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.

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 por el medicamento.

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.

Original Medicare (Medicare tradicional o **Medicare con pago por servicio):** Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En 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 de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo que le corresponde a usted. Medicare Original tiene dos partes: la Parte A
(seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes en los EE. UU.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

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

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

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período del 1 de enero al 31 de marzo, en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones al plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El período de inscripción abierta de Medicare Advantage

también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona se vuelve elegible para Medicare.

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

Período de inscripción especial: un tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos, o volver a Medicare Original. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un período de inscripción especial son: si se muda 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.

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.

Plan de costos de Medicare: es un plan operado por una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) o un Plan médico competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos conforme a la sección 1876(h) de la ley.

Plan de necesidades especiales equivalente al Plan institucional (SNP): un plan donde se inscriben personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación debe llevarse a cabo con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención respectiva del estado y debe estar administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Es posible que el Plan de Necesidades Especiales restrinja la inscripción solo a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado, si esto es lo necesario para garantizar una prestación uniforme de la atención especializada.

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 con una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, definidas en el título 42, sección 422.2 del Código de Regulaciones Federales (CFR), incluida la limitación de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas que se especifican en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

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

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): es 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).

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 el plan. Incluye todos los Planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los Planes de Necesidades Especiales, los Programas piloto/las Demostraciones y los Programas de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE).

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

Plan institucional de necesidades especiales (SNP): es un plan de necesidades especiales en el que se pueden inscribir las personas elegibles que residan, o que se espera que residan, de forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los CMS que proporcionan servicios de atención médica similares a largo plazo que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estados de atención médica similares a los otros tipos de centros designados. Un Plan de Necesidades Especiales debe tener un contrato con los centros LTC en cuestión o ser dueño de estos.

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 Private Fee-for-Service (PFFS) o iv) un plan Medicare Medical Savings Account (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 cobertura para medicamentos con receta de Medicare Advantage**.

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 del plan.

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

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.

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

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. (Consulte también "**Producto biológico original**" y "**Medicamento biosimilar**").

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

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

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

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

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

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 está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

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 su plan no sigue los períodos de tiempo del proceso de apelaciones.

Remisión: la aprobación de su PCP para que consulte a un especialista determinado del plan o para que reciba ciertos servicios cubiertos de proveedores del plan.

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

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

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan tiene contrato. Algunos ejemplos de 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.

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

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Adicional”.

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.

Visita al consultorio: una visita por servicios cubiertos a su PCP, especialista, otro proveedor del plan o proveedor que no es del plan cuando es derivado.

Servicios para Miembros de BlueMedicare Classic

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**
CORREO POSTAL	Florida Blue Medicare Member Services P.O. Box 45296 Jacksonville, FL 32232-5296
SITIO WEB	**www.floridablue.com/medicare**

SHINE (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.
CORREO POSTAL	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
SITIO WEB	**www.FLORIDASHINE.org**

Declaración de divulgación de la PRA: *de acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (PRA) de 1995, ninguna persona tiene la obligación de responder una recolección de información, a menos que se indique un número 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: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*