



BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., an Independent Licensee of the Blue Cross Blue Shield Association

1.º de enero – 31 de diciembre de 2019

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios médicos de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados como miembro de BlueCare PlusSM (HMO SNP)

Este folleto le proporciona los detalles de su cobertura de medicamentos recetados y de atención médica de Medicare desde el 1.º de enero – 31 diciembre de 2019. En él se explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Este plan, BlueCare Plus, es ofrecido por BlueCare Plus Tennessee. (En esta *Evidencia de Cobertura*, “nosotros”, “nos” o “nuestro” significa BlueCare Plus Tennessee. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, significa BlueCare Plus).

BlueCare Plus es un plan HMO SNP que se brinda a través de un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Tennessee. La inscripción en BlueCare Plus depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible en formatos alternativos.

Los beneficios, las primas, los deducibles o copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2020.

El formulario, las farmacias de la red o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación cuando sea necesario.

Notificación: TennCare (Medicaid) no se hace responsable por el pago de estos beneficios excepto por las sumas adecuadas de la distribución de costos. TennCare (Medicaid) no es responsable de garantizar la disponibilidad ni la calidad de estos beneficios.

Evidencia de cobertura 2019**Índice**

Esta lista de capítulos y de números de página es el punto de partida. Si necesita más información, consulte la primera página de un capítulo. **Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.**

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro 5

En este Capítulo, se explica qué significa estar inscrito en un plan de salud de Medicare y cómo se utiliza este folleto. Informa sobre los materiales que le enviaremos, la prima de su plan, su tarjeta de miembro del plan y cómo mantener su registro de miembro actualizado.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes 23

Se explica cómo ponerse en contacto con nuestro plan (BlueCare Plus) y con otras organizaciones, que incluyen a Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la Mejora de la Calidad, el Seguro Social, TennCare (Medicaid) (el programa estatal de seguro de salud para personas con ingresos limitados), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación Ferroviaria.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos 48

En este capítulo, se explican temas importantes que debe saber acerca de la forma de obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Entre los temas se incluyen el uso de los proveedores de la red del plan y cómo obtener atención si tiene una emergencia.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto) 66

Se proporcionan los detalles sobre los tipos de atención médica que tienen cobertura y los que *no* tienen cobertura para los miembros de nuestro plan.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D 102

Se explican las normas que usted debe seguir para obtener cobertura de medicamentos de la Parte D. Se informa cómo se utiliza la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Se detalla qué medicamentos *no* están cubiertos. Se describen los diversos tipos de restricciones que se aplican para la cobertura de determinados medicamentos. Se informa dónde se pueden abastecer las recetas. Se describen los programas del plan para la seguridad y el control de los medicamentos.

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D..... 128

Se describen las 2 etapas de la cobertura de medicamentos (*Etapa de cobertura inicial y Etapa de cobertura en caso de catástrofe*) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos, y se informa sobre los 5 niveles de distribución de costos para sus medicamentos de la Parte D y se explica lo que debe pagar por un medicamento en cada nivel de distribución de costos.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 147

En este capítulo se explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura si desea que nuestro plan le reembolse nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

Capítulo 8. Derechos y obligaciones..... 155

En este capítulo, se explican los derechos y las obligaciones que usted tiene como miembro de nuestro plan. Se describe qué puede hacer si considera que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)..... 167

En este capítulo, se explica paso a paso qué debe hacer si tiene problemas o inquietudes como miembro de nuestro plan.

- Se indica qué debe hacer para solicitar que se tomen decisiones sobre la cobertura y cómo debe presentar apelaciones en caso de tener problemas para obtener la atención médica o los medicamentos recetados que considera cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos que hagamos excepciones a las normas o a las restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos recetados; también incluye solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención hospitalaria y de ciertos tipos de servicios médicos, si considera que su cobertura está finalizando demasiado pronto.
- Se describe cómo se deben presentar los reclamos relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan..... 229

En este capítulo, se explica cómo y cuándo puede cancelar su membresía en el plan. También se describen los casos en los que nuestro plan exige que finalicemos su membresía.

Índice

Capítulo 11. Avisos legales 240

En este capítulo, se incluyen notificaciones relacionadas con las leyes vigentes y contra la discriminación.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes 246

Se explica la terminología clave que se utiliza en este folleto.

CAPÍTULO 1

Cómo comenzar como miembro

Capítulo 1. Cómo comenzar como miembro

SECCIÓN 1	Introducción.....	7
Sección 1.1	Usted está inscripto en BlueCare Plus, un plan especial de Medicare Advantage (Plan para Necesidades Especiales)	7
Sección 1.2	¿De qué se trata el folleto de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?	8
Sección 1.3	Información legal sobre la <i>Evidencia de Cobertura</i>	8
SECCIÓN 2	¿Qué requisitos debe reunir para ser miembro del plan?	9
Sección 2.1	Requisitos de elegibilidad	9
Sección 2.2	¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?	9
Sección 2.3	¿Qué es una TennCare (Medicaid)?	10
Sección 2.4	Este es el área de servicios del plan para BlueCare Plus.....	10
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o residencia legal	11
SECCIÓN 3	¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?.....	11
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos	11
Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i> : su guía para todos los proveedores en la red de nuestro plan	12
Sección 3.3	El <i>Directorio de Farmacias</i> : su guía para las farmacias en nuestra red.....	13
Sección 3.4	La <i>Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)</i> del plan	13
Sección 3.5	La <i>Explicación de Beneficios</i> de la <i>Parte D</i> (“EOB de la Parte D”): informes con un resumen de los pagos efectuados por los medicamentos recetados de la Parte D	14
SECCIÓN 4	Su prima mensual de BlueCare Plus	14
Sección 4.1	¿Cuánto paga por la prima del plan?	14
Sección 4.2	Existen diferentes formas de pagar la prima del plan	16
Sección 4.3	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?	17
SECCIÓN 5	Mantenga actualizado el registro de membresía del plan	18
Sección 5.1	Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted	18
SECCIÓN 6	Protegemos la privacidad de su información personal de salud	19
Sección 6.1	Nos aseguramos de proteger su información personal de salud.....	19
SECCIÓN 7	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	20
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?	20

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en BlueCare Plus, un plan especial de Medicare Advantage (Plan para Necesidades Especiales)
--------------------	--

Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de TennCare (Medicaid):

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y las personas con una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **TennCare (Medicaid)** es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. La cobertura de TennCare (Medicaid) varía según el Estado y el tipo de TennCare (Medicaid) que tenga la persona. Algunas personas con TennCare (Medicaid) reciben ayuda para pagar las primas de Medicare y otros costos. Otras personas también reciben la cobertura de medicamentos y servicios adicionales que no están cubiertos por Medicare.

Usted ha elegido obtener su cobertura de medicamentos recetados y de atención médica de Medicare a través de nuestro plan, BlueCare Plus.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. BlueCare Plus es un plan especial de Medicare Advantage (un “Plan para Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. BlueCare Plus está diseñado específicamente para las personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir ayuda de TennCare (Medicaid).

La cobertura de este Plan califica como la Cobertura de salud calificada (QHC) y cumple con el requisito individual de responsabilidad compartida que establece la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Dado que recibe asistencia de TennCare (Medicaid) en la distribución de costos de las partes A y B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro) es posible que no deba pagar nada por los servicios de atención médica de Medicare. TennCare (Medicaid) también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica que Medicare por lo general no cubre. También recibirá “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados de Medicare. BlueCare Plus lo ayudará a administrar todos estos beneficios, para que pueda obtener la asistencia en los pagos y los servicios de atención médica a los que usted tiene derecho.

BlueCare Plus está administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan para necesidades especiales de Medicare se encuentra aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid de Tennessee para

coordinar sus beneficios de TennCare (Medicaid). Nos complace brindarle la cobertura de atención médica de Medicare, que incluye la cobertura de los medicamentos recetados.

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

En el folleto *Evidencia de Cobertura*, se le informa qué debe hacer para recibir la atención médica y los beneficios de medicamentos recetados cubiertos de Medicare a través de nuestro plan. Este folleto le explica sus derechos y obligaciones, cuáles son los servicios cubiertos y qué es lo que paga como miembro del plan.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención y los servicios médicos y a los medicamentos recetados que están a su disposición por ser miembro de BlueCare Plus.

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

Si está confundido o preocupado o tiene una pregunta, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted acerca de la cobertura de su atención a través de BlueCare Plus. Este contrato también incluye el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y las notificaciones que le enviemos sobre los cambios o las condiciones que afecten su cobertura. Estas notificaciones a veces se llaman “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene validez durante los meses en los que esté inscripto en BlueCare Plus entre el 1.º de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2019.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos modificar los costos y los beneficios de BlueCare Plus después del 31 de diciembre de 2019. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan, o bien ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

Medicare debe aprobar nuestro plan todos los años

Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan de BlueCare Plus cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y que Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad
--

Usted reúne las condiciones para la membresía de nuestro plan siempre que:

- Tenga Medicare Parte A y Parte B (la sección 2.2 le ofrece información sobre Medicare Parte A y Parte B).
- -- Y -- viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.4 a continuación describe nuestra área de servicio).
- -- Y -- sea ciudadano de los Estados Unidos o tenga presencia legal en los Estados Unidos.
- -- Y -- no tenga una enfermedad renal en etapa terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD), con excepciones limitadas, por ejemplo, si usted desarrolla una ESRD y ya es miembro de un plan que ofrecemos o si era miembro de un plan diferente que concluyó.
- -- Y -- cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad descritos a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de las personas que reciben determinados beneficios de TennCare (Medicaid). TennCare (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Para reunir las condiciones que exige nuestro plan, usted debe ser elegible para recibir Medicare y los beneficios completos de TennCare (Medicaid), o bien ser elegible para recibir la ayuda de la distribución de costos de Medicare por TennCare (Medicaid).

Tenga en cuenta lo siguiente: si pierde su elegibilidad pero puede esperarse razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 3 meses, igualmente es elegible para tener membresía de nuestro plan (el Capítulo 4, en la Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y la distribución de costos durante un periodo de elegibilidad que se considera continua).

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

La primera vez que se inscribió en Medicare, usted recibió información acerca de qué servicios están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Recuerde:

- Medicare Parte A generalmente ayuda a cubrir los servicios prestados por los hospitales (servicios para pacientes internados, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio).

- Medicare Parte B cubre la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios de médicos y otros servicios para pacientes ambulatorios) y ciertos artículos (como equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 ¿Qué es una TennCare (Medicaid)?

TennCare (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos y de la atención a largo plazo a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Cada Estado decide lo que cuenta para los ingresos y los recursos, las personas elegibles, los servicios cubiertos y el costo de los servicios. Los Estados también pueden decidir cómo administrar el programa, siempre que cumplan con las normas federales.

Además, hay programas que se ofrecen a través de TennCare (Medicaid) que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar los costos de Medicare, por ejemplo, las primas. Estos “programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años.

- **Beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros montos de distribución de costos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para los beneficios completos de TennCare [Medicaid] [QMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para los beneficios completos de TennCare (Medicaid) [SLMB+]).

Sección 2.4 Este es el área de servicios del plan para BlueCare Plus

Si bien Medicare es un programa federal, BlueCare Plus está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicios de nuestro plan. Para continuar como miembro de nuestro plan, debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicios incluye los siguientes Estados: Tennessee.

Si planifica mudarse fuera del área de servicio, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). Si se muda, tendrá un Periodo de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

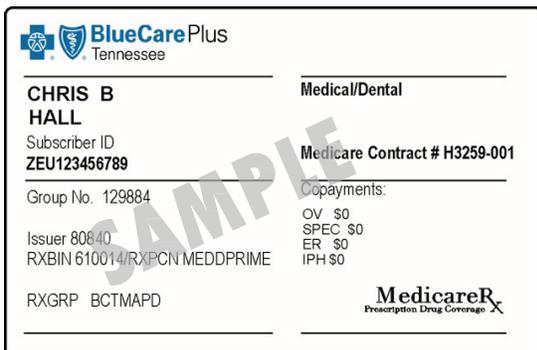
Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o residencia legal

Los miembros de planes de salud de Medicare debe ser ciudadanos de los Estados Unidos o residir legalmente en el país. Medicare (los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a BlueCare Plus si usted no reúne los requisitos para continuar como miembro por estos motivos. BlueCare Plus debe anular su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 ¿Qué otros materiales obtendrá de nosotros?

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe utilizar la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba los servicios cubiertos por este plan, al igual que para adquirir los medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de TennCare (Medicaid). A continuación, encontrará una muestra de la tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **usted no debe usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener los servicios médicos cubiertos (excepto para estudios de investigación clínica de rutina y servicios de atención para enfermos terminales). Es posible que se le solicite mostrar su nueva tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios. Guarde su nueva tarjeta Medicare roja, blanca y azul en un lugar seguro por si necesita usarla más tarde.

Es tan importante esto porque: si mientras es miembro del plan utiliza su nueva tarjeta de Medicare roja, blanca y azul en lugar de su tarjeta de membresía de BlueCare Plus para recibir servicios con cobertura, es posible que deba pagar el costo total.

Si la tarjeta de membresía de su plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicios para Miembros y le enviaremos una tarjeta nueva. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 3.2	El <i>Directorio de Proveedores</i>: su guía para todos los proveedores en la red de nuestro plan
--------------------	--

El *Directorio de Proveedores* incluye nuestros proveedores de la red y proveedores de equipo médico duradero. El *Directorio de Proveedores* también incluye los proveedores participantes de TennCare (Medicaid).

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier distribución de costos del plan como pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista de proveedores más reciente está disponible en nuestro sitio web, en bluecareplus.bcbst.com.

¿Por qué necesita saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red?

Es importante saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red porque, con excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener servicios y atención médica. Las únicas excepciones son las emergencias, la atención urgentemente necesaria en caso de que la red no esté disponible (en general, cuando usted se encuentra fuera del área de servicios), los servicios de diálisis fuera del área de servicios y los casos en que BlueCare Plus autorice la presentación de los proveedores fuera de la red. Consulte el Capítulo 3 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*) para obtener información más específica sobre cobertura de emergencias, fuera de la red y fuera del área de servicios.

Es importante saber quiénes son los proveedores participantes de TennCare (Medicaid) a los que debe asistir para recibir los servicios cubiertos.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitarla a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). Puede consultar a Servicios para Miembros para obtener más información acerca de nuestros proveedores de la red, incluida su capacitación. También puede consultar el *Directorio de Proveedores* en bluecareplus.bcbst.com o descargarlo de este sitio web. Tanto Servicios para Miembros como el sitio web pueden brindarle la información más actualizada sobre los cambios en nuestros proveedores de la red.

Sección 3.3	El Directorio de Farmacias: su guía para las farmacias en nuestra red
--------------------	--

¿Qué son las “farmacias de la red”?

Las farmacias de la red son todas aquellas que acordaron abastecer las recetas cubiertas a los miembros de nuestro plan.

¿Por qué es necesario que se informe acerca de las farmacias de la red?

Usted puede utilizar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. El año próximo se realizarán cambios en nuestra red de farmacias. Puede consultar el Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en bluecareplus.bcbst.com. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre proveedores o solicitarnos que le enviemos un Directorio de Farmacias por correo postal. **Consulte el Directorio de Farmacias de 2019 para ver qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). En cualquier momento, puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios realizados en la red de farmacias. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en bluecareplus.bcbst.com.

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

El plan cuenta con una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar. Se indican los medicamentos recetados de la Parte D que están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BlueCare Plus. Además de la cobertura de los medicamentos de la Parte D, sus beneficios de TennCare (Medicaid) le cubren algunos medicamentos recetados. La Lista de medicamentos le indica de qué forma hallar los medicamentos cubiertos por TennCare (Medicaid).

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

La Lista de medicamentos también le informa si hay alguna norma que limita la cobertura de los medicamentos.

Le entregaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada acerca de qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan bluecareplus.bcbst.com o llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

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

Cuando utilice los beneficios para los medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe resumido para que pueda comprender y llevar un registro de los pagos realizados por los medicamentos recetados de la Parte D. Este informe resumido se llama *Explicación de beneficios de la Parte D* (o “EOB de la Parte D”).

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

También se encuentra disponible, si lo solicita, un resumen de la *Explicación de Beneficios de la Parte D*. Para obtener una copia, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 **Su prima mensual de BlueCare Plus**

Sección 4.1 **¿Cuánto paga por la prima del plan?**

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para BlueCare Plus. “Ayuda Extra” (Extra Help) de TennCare (Medicaid) paga la prima del plan en su nombre.

En algunas circunstancias, la prima de su plan puede ser mayor

En algunas circunstancias, la prima de su plan puede ser mayor al monto detallado anteriormente en la Sección 4.1. Esta situación se describe a continuación.

- Se exige que algunos miembros paguen una **multa por inscripción tardía** de la Parte D debido a que no se inscribieron en un plan de medicamentos de Medicare cuando comenzaron a reunir las condiciones o debido a que permanecieron durante un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la multa por inscripción tardía de la Parte D se suma a la prima mensual del plan. Deberán pagar la prima mensual del plan, más el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D.
 - Si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar los medicamentos recetados, no pagará una multa por inscripción tardía.

- Si llegara a perder el subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Extra” [Extra Help]), estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.
- Si debe pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D, el costo de la multa por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o una cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Como se explicó anteriormente en la Sección 2, a fin de ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para TennCare (Medicaid), y también deberá tener la Parte A de Medicare tanto como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de BlueCare Plus, TennCare (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no califica para obtenerla en forma automática) y la prima de la Parte B.

Algunas personas pagan un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, que se conoce como “monto de ajuste mensual relacionado con sus ingresos” (también conocido como IRMAA). Si su ingreso es superior a \$85,000 en el caso de personas solteras (o personas casadas que presentan declaración de ingresos por separado) o superior a \$170,000 en el caso de matrimonios, **usted debe pagar un monto adicional directamente al gobierno (no al plan de Medicare)** por su cobertura de Medicare Parte D.

- Si debe pagar una suma adicional, el Seguro Social, **no su plan de Medicare**, le enviará una carta en la que le informará el monto de la suma adicional. Si su ingreso disminuyó a causa de un episodio que cambió sus circunstancias de vida, puede solicitar al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si usted debe pagar el monto adicional y no lo hace, se anulará su inscripción en el plan.**
- También puede visitar el sitio web <https://www.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede llamar al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

La copia de *Medicare y usted 2019* le brinda información acerca de las primas en la sección llamada “Costos de Medicare para 2019”. Todas las personas que tengan Medicare recibirán una copia de *Medicare y Usted* en el otoño de cada año. Las personas nuevas en Medicare la reciben un mes después de haberse inscrito. También puede descargar una copia de *Medicare y Usted 2019* desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono, llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2	Si usted paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, podrá pagarla de diferentes maneras
--------------------	--

Si usted tiene que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, podrá pagarla de 4 maneras diferentes.

Si decide cambiar la forma de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, el cambio puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, debe asegurarse de que la multa se pague a tiempo.

Opción 1: Puede pagar con un cheque

Puede pagar la multa directamente a nuestro plan con un cheque. Las facturas se enviarán por correo mensualmente. Esta factura incluirá las multas relacionadas con el mes siguiente. El pago se efectuará el 1.^{er} día de cada mes. Todos los pagos deben hacerse a nombre de BlueCare Plus Tennessee y no de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) o del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Se cobrará a los miembros por cheques devueltos y rechazos por fondos insuficientes.

Todos los pagos requeridos se deben enviar por correo a la siguiente dirección:

BlueCare Plus Tennessee
ATTN: BlueCare Plus
PO Box 4048
Carol Stream, IL 60197-4048

Opción 2: Puede pagar por teléfono

Puede pagar la multa directamente a nuestro plan llamando a los Servicios para Miembros. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Opción 3: Débito automático

Puede decidir pagar la multa directamente a nuestro plan y, en lugar de pagar con cheque, puede hacer debitar automáticamente el pago de su cuenta bancaria. Todos los pagos se debitan entre el día 10 y 15 del mes. Los miembros pueden inscribirse para el débito automático mensual al completar el formulario de autorización de débito automático. Este formulario puede encontrarse en el paquete de ventas, el paquete de bienvenida, en línea o llamando al Servicio para Miembros.

Opción 4: Puede hacer deducir la multa por inscripción tardía de la Parte D del cheque mensual del Seguro Social

Puede hacer deducir la multa por inscripción tardía de la Parte D del cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con los Servicios para Miembros si desea obtener más información sobre cómo pagar la multa por inscripción tardía de este modo. Nos complacerá ayudarlo con este

tema. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D?

El pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D debe llegar a nuestras oficinas antes del primer día del mes. Si no hemos recibido el pago de la multa por inscripción tardía antes del primer día del mes, le enviaremos una notificación en la que le informaremos que su membresía del plan puede finalizar si no recibimos la multa por inscripción tardía de la Parte D en un plazo de tres días calendario. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, es necesario que la pague para continuar con la cobertura de sus medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si le podemos recomendar programas que lo ayuden con la multa. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Si ponemos fin a su membresía por la falta de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted conservará la cobertura médica de Original Medicare. Mientras reciba “Ayuda Extra” (Extra Help) para pagar los costos de los medicamentos recetados, continuará teniendo cobertura de la Parte D para medicamentos. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para su cobertura de la Parte D.

En el momento en que pongamos fin a su membresía, nos seguirá debiendo las multas que no haya pagado. Tenemos derecho a exigir el pago del monto de las multas que usted debe. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (o en otro plan que ofrezcamos), deberá pagar el monto adeudado para poder inscribirse.

Si considera que hemos puesto fin a su membresía en forma indebida, tiene el derecho de solicitarnos que reconsideremos esta decisión mediante la realización de un reclamo. En la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto se explica cómo presentar un reclamo. Si se encontraba en una situación de emergencia que no pudo controlar y le impidió pagar las primas en el periodo de gracia, puede solicitarnos la reconsideración esta decisión llamando al 1-800-332-5762, de 8 a. m. a 9 p. m. ET los 7 días de la semana, desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar. y desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Deberá presentar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de finalización de su membresía.

Sección 4.3

¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?

No. No estamos autorizados a comenzar a cobrarle una prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, se lo anticiparemos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1.º de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que necesite comenzar a pagar o que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía. (La multa por inscripción tardía puede aplicarse si usted permaneció durante un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura “acreditable” de medicamentos recetados). Esto puede suceder si usted comienza a reunir las condiciones para participar del programa de “Ayuda Extra” (Extra Help) o si usted pierde la elegibilidad para este programa durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y pasa a reunir los requisitos para recibir “Ayuda Extra” (Extra Help) durante el año, usted podría dejar de pagar su multa.
- Si llegara a perder el subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Extra” [Extra Help]), estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Puede encontrar más información sobre el programa de “Ayuda Extra” (Extra Help) en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 5 Mantenga actualizado el registro de membresía del plan

Sección 5.1 Cómo asegurarse de que tengamos información precisa sobre usted

El registro de membresía contiene información sobre su formulario de inscripción, que incluye su dirección y su número de teléfono. Este muestra la cobertura específica de su plan.

Los médicos, los hospitales, los farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan necesitan tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan el registro de su membresía para saber qué servicios y qué medicamentos están cubiertos y los montos de distribución de costos para usted.** Debido a esto, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Infórmenos sobre los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número telefónico
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge, indemnización por accidentes de trabajo, o TennCare [Medicaid])
- Si usted enfrenta una reclamación por responsabilidad, como una reclamación por un accidente automovilístico.
- Si fue admitido en un hogar de ancianos
- Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red o en una sala de emergencias

- Si su responsable designado (por ejemplo, su cuidador) cambia
- Si usted participa en un estudio de investigación clínica

Si cambia cualquier información anteriormente mencionada, infórmenos llamando a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

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

Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que posea

Medicare nos exige que reunamos información sobre usted y sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que posea. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios conforme a nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando usted tiene otro seguro, consulte la Sección 7 en este capítulo).

Una vez por año, le enviaremos una carta que enumere las otras coberturas médicas o de medicamentos sobre las que tengamos conocimiento. Lea esta información detenidamente. Si es correcto, no tiene que hacer nada. Si la información es incorrecta, o si cuenta con otra cobertura que no figura en la carta, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 6 Protegemos la privacidad de su información personal de salud

Sección 6.1	Nos aseguramos de proteger su información personal de salud
--------------------	--

La legislación federal y estatal protege la privacidad de sus registros médicos y de la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo establecen estas leyes.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Sección 7.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?
--

Cuando tiene otro seguro (por ejemplo, cobertura médica de grupo de un empleador), Medicare establece normas que determinan si paga primero nuestro plan o el otro seguro. El seguro que paga en primer lugar se denomina “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar, denominado “pagador secundario”, solo paga si restan costos que el pagador primario no cubrió. El pagador secundario puede no pagar todos los costos que no se cubrieron.

Las siguientes normas se aplican a la cobertura de planes de salud de grupo de un empleador o de un sindicato:

- Si tiene cobertura de un grupo de jubilación, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o el de un familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador, y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o una enfermedad renal en etapa terminal (ESRD):
 - Si usted es menor de 65 años y es discapacitado, y usted o un familiar siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si usted es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a que padece ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que pasa a reunir los requisitos para Medicare.

Los siguientes tipos de cobertura generalmente pagan primero los servicios relacionados con cada tipo de cobertura:

- Seguro sin culpa (incluye seguro automotor)
- Responsabilidad (incluye seguro automotor)
- Beneficios por enfermedad del pulmón negro
- Compensación para trabajadores

TennCare (Medicaid) y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Estos pagan únicamente después de que haya pagado Medicare o el plan de salud de grupo del empleador.

Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre qué seguro paga primero, o si necesita actualizar la información sobre su otro seguro, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). Es posible que deba dar el número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen a tiempo y correctamente.

CAPÍTULO 2

*Números telefónicos
y recursos importantes*

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1	Contactos de BlueCare Plus (cómo ponerse en contacto con nosotros; incluye cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)	24
SECCIÓN 2	Medicare (cómo recibir ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	33
SECCIÓN 3	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	34
SECCIÓN 4	Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)	35
SECCIÓN 5	Seguro Social	36
SECCIÓN 6	TennCare (Medicaid) (programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)	37
SECCIÓN 7	Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados	41
SECCIÓN 8	Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria	43
SECCIÓN 9	Puede obtener asistencia de las Agencias del Área para Personas Mayores	44

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

SECCIÓN 1 Contactos de BlueCare Plus (cómo ponerse en contacto con nosotros; incluye cómo comunicarse con Servicios para Miembros del plan)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Si necesita ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene preguntas sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de BlueCare Plus. Nos complacerá ayudarlo.

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-332-5762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p> <p>Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
FAX	1-888-725-6849
ESCRIBIR	<p>BlueCare Plus Tennessee BlueCare Plus Operations 1 Cameron Hill Circle, Suite 0002 Chattanooga, TN 37402-0002</p>
SITIO WEB	bluecareplus.bcbst.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre su cobertura de atención médica**

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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

Método	Decisiones sobre la cobertura de la atención médica – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-332-5762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
FAX	1-888-725-6849
ESCRIBIR	<p>BlueCare Plus Tennessee BlueCare Plus Operations 1 Cameron Hill Circle, Suite 0002 Chattanooga, TN 37402-0002</p>
SITIO WEB	bluecareplus.bcbst.com

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre su atención médica**

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

Método	Apelaciones sobre la atención médica – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-332-5762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
FAX	1-888-416-3026
ESCRIBIR	<p>BlueCare Plus Tennessee BlueCare Plus Member Appeals 1 Cameron Hill Circle, Suite 0042 Chattanooga, TN 37402-0042</p>
SITIO WEB	<u>bluecareplus.bcbst.com</u>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presente un reclamo sobre su atención médica**

Usted puede presentar un reclamo acerca de nosotros o de uno de los proveedores de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye las disputas por motivos de cobertura o pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura del plan o el pago, consulte la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre la atención médica – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-332-5762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
FAX	1-888-416-3026
ESCRIBIR	<p>BlueCare Plus Tennessee BlueCare Plus Operations 1 Cameron Hill Circle, Suite 0042 Chattanooga, TN 37402-0042</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar un reclamo acerca de BlueCare Plus directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare en línea, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D**

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

Método	Decisiones sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-332-5762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Nuestro sistema telefónico automático puede contestar su llamada fuera de este horario y durante los feriados.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Nuestro sistema telefónico automático puede contestar su llamada fuera de este horario y durante los feriados.</p>
FAX	1-423-591-9514
ESCRIBIR	<p>BlueCare Plus Tennessee Medicare Part D Coverage Determinations and Appeals 1 Cameron Hill Circle, Suite 51 Chattanooga, TN 37402-0051</p>
SITIO WEB	<u>bluecareplus.bcbst.com</u>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

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

Método	Apelaciones sobre los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-332-5762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Nuestro sistema telefónico automático puede contestar su llamada fuera de este horario y durante los feriados.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Nuestro sistema telefónico automático puede contestar su llamada fuera de este horario y durante los feriados.</p>
FAX	1-423-591-9514
ESCRIBIR	<p>BlueCare Plus Tennessee Medicare Part D Coverage Determinations and Appeals 1 Cameron Hill Circle, Suite 51 Chattanooga, TN 37402-0051</p>
SITIO WEB	<u>bluecareplus.bcbst.com</u>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros cuando presente un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Usted puede realizar un reclamo acerca de nosotros o de una de las farmacias de nuestra red, incluido un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye las disputas por motivos de cobertura o pago. (Si su problema se relaciona con la cobertura del plan o el pago, consulte la sección anterior sobre cómo presentar una apelación). Para obtener más información sobre cómo presentar un reclamo sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*).

Método	Reclamos sobre los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-332-5762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
FAX	1-888-416-3026
ESCRIBIR	<p>BlueCare Plus Tennessee BlueCare Plus Operations 1 Cameron Hill Circle, Suite 0042 Chattanooga, TN 37402-0042</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar un reclamo acerca de BlueCare Plus directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare en línea, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

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

BlueCare Plus no puede reembolsarles a los miembros los servicios cubiertos por TennCare (Medicaid). Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Para obtener más información sobre situaciones en las que posiblemente que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que ha recibido de un proveedor, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*) para obtener más información.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Solicitud de pago – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-332-5762</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.</p>
FAX	<p>Solicitudes de pagos médicos (Parte C): 1-888-725-6849</p> <p>Solicitudes de pagos de recetas (Parte D): 1-423-591-9495</p>
ESCRIBIR	<p>Solicitudes de pagos médicos (Parte C): BlueCare Plus Tennessee BlueCare Plus Operations 1 Cameron Hill Circle, Suite 0002 Chattanooga, TN 37402-0002</p> <p>Solicitudes de pagos de recetas (Parte D): BlueCare Plus Tennessee Medicare Part D Prescription Drug Claim Request 1 Cameron Hill Circle, Suite 48 Chattanooga, TN 37402-0048</p>
SITIO WEB	<u>bluecareplus.bcbst.com</u>

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

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y las personas con una enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services o CMS). Esta agencia tiene contratos con Medicare Advantage Organizations, entre ellas, nosotros.

Método	Medicare – Información de contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare y los asuntos actuales relacionados. También tiene información sobre hospitales, hogares de cuidados, médicos, agencias de servicios médicos a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente de su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y las opciones de inscripción a través de las siguientes herramientas: <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta de elegibilidad para Medicare: brinda información sobre su situación de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un <i>cálculo estimativo</i> de los posibles gastos de bolsillo de los distintos planes de Medicare.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare – Información de contacto
SITIO WEB (continuación)	<p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare cualquier reclamo que tenga sobre BlueCare Plus.</p> <ul style="list-style-type: none"> Informe a Medicare sobre su reclamo: Puede presentar un reclamo acerca de BlueCare Plus directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare acepta sus reclamos seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene una computadora, en la biblioteca local o en los centros para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web utilizando sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare e indicarles qué información está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar 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).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Tennessee, el SHIP (State Health Insurance Assistance Programs) se denomina Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos de Tennessee.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos de Tennessee es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a personas con Medicare.

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud de Tennessee puede ayudarlo con los problemas o las preguntas que tenga sobre Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus derechos con Medicare, ayudarlo a presentar reclamos sobre su atención o tratamiento médicos, y a resolver problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del SHIP de Tennessee también pueden ayudarlo a comprender las opciones de planes Medicare y responder preguntas sobre cambios de plan.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos de Tennessee – Información de contacto
LLAMAR	1-877-801-0044
TTY	1-800-848-0298 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Tennessee State Health Insurance Assistance Program 502 Deaderick Street, 9 th Floor Nashville, TN 37243-0860
SITIO WEB	https://tn.gov/aging/our-programs/state-health-insurance-assistance-program--ship-.html

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (pagada por Medicare para verificar la calidad de la atención de las personas que tienen Medicare)

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada Estado. Para Tennessee, la Organización para la Mejora de la Calidad se denomina KEPRO.

KEPRO tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a quienes les paga el gobierno federal. Medicare le paga a esta organización para que controle y mejore la calidad de la atención para las personas con Medicare. La KEPRO es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe comunicarse con la KEPRO en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene un reclamo sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Piensa que la cobertura para la internación en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura de atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) están finalizando demasiado pronto.

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	KEPRO (Organización para la Mejora de la Calidad de Tennessee) – Información de contacto
LLAMAR	1-844-430-9504 De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y feriados, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m., todas las zonas horarias
TTY	1-855-843-4776 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	KEPRO 5700 Lombardo Center Drive, Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	https://www.keproqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y de administrar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales mayores de 65 años, o los que tienen una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y reúnen ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si usted ya obtiene cheques de Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social administra el proceso de inscripción para Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar la oficina local del Seguro Social.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar una suma adicional para la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a su ingreso más alto. Si usted recibió una carta del Seguro Social en la que se le dice que debe pagar un monto extra y tiene preguntas sobre el monto, o si su ingreso bajó a causa de un evento que cambió sus circunstancias de vida, puede llamar al Seguro Social y solicitar que se reconsidere su caso.

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

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Puede utilizar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener la información registrada y realizar algunos trámites las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes.</p>
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

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

TennCare (Medicaid) es un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas que tienen ingresos y recursos limitados. Como miembro de nuestro plan, usted reúne las condiciones para recibir Medicare y TennCare (Medicaid). Según su elegibilidad, TennCare (Medicaid) puede pagar otros servicios que no paga Medicare.

Además, hay programas que se ofrecen a través de TennCare (Medicaid) que ayudan a las personas que tienen Medicare a pagar los costos de Medicare, por ejemplo, las primas. Estos “programas de ahorro de Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años.

- **Beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros montos de distribución de costos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también reúnen los requisitos para los beneficios completos de TennCare [Medicaid] [QMB+]).
- **Beneficiarios de Medicare con ingresos bajos especificados (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también reúnen los requisitos para los beneficios completos de TennCare (Medicaid) [SLMB+]).

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

- **Personas calificadas (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas discapacitadas y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con TennCare (Medicaid).

Método	TennCare (Medicaid) – Información de contacto
LLAMAR	1-800-342-3145 De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., todas las zonas horarias. Cerrado los feriados estatales.
TTY	1-877-779-3103 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Division of TennCare 310 Great Circle Drive Nashville, TN 37243
SITIO WEB	https://www.tn.gov/tenncare

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

La Comisión de Tennessee de Envejecimiento y Discapacidad (Tennessee Commission on Aging and Disability), oficina del mediador, ayuda a las personas inscritas en TennCare (Medicaid) con los problemas de facturación o servicios. Esta comisión puede ayudarlo a presentar una queja formal sobre nuestro plan.

Método	Comisión de Tennessee de Envejecimiento y Discapacidad, oficina del mediador – Información de contacto
LLAMAR	1-877-236-0013 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. hora del Este.
TTY	1-615-532-3893 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Tennessee Commission on Aging and Disability Office of the Ombudsman 502 Deaderick Street, 9 th Floor Nashville, TN 37243-0860
SITIO WEB	https://www.tn.gov/aging/our-programs/long-term-care-ombudsman

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

La Comisión de Tennessee de Envejecimiento y Discapacidad (Tennessee Commission on Aging and Disability), oficina del mediador, ayuda a las personas a obtener información sobre los hogares de ancianos y a resolver problemas entre los hogares de ancianos y los residentes o su familia. Esta comisión puede ayudarlo a presentar una queja formal sobre nuestro plan.

Método	Comisión de Tennessee de Envejecimiento y Discapacidad, oficina del mediador – Información de contacto
LLAMAR	1-877-236-0013 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. hora del Este.
TTY	1-615-532-3893 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Tennessee Commission on Aging and Disability Office of the Ombudsman 502 Deaderick Street, 9 th Floor Nashville, TN 37243-0860
SITIO WEB	https://www.tn.gov/aging/our-programs/long-term-care-ombudsman

El Programa del Mediador de Tennessee para la Atención a Largo Plazo (Tennessee Ombudsman Program for Long-term Care), ayuda a las personas inscritas en TennCare (Medicaid) con los problemas de facturación o servicios. Esta comisión puede ayudarlo a presentar una queja formal sobre nuestro plan.

Método	Programa del Mediador de Tennessee para la Atención a Largo Plazo – Información de contacto
LLAMAR	1-877-236-0013 De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. hora del Este.
TTY	1-615-532-3893 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Tennessee Ombudsman Program for Long-Term Care 502 Deaderick Street, 9 th Floor Nashville, TN 37243-0860
SITIO WEB	https://www.tn.gov/aging/our-programs/long-term-care-ombudsman

SECCIÓN 7 Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados

Programa “Extra Help” (Ayuda Extra) de Medicare

Dado que es elegible para TennCare (Medicaid), usted reúne los requisitos para obtener “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare, y la obtiene, para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. No es necesario que haga ninguna otra cosa para recibir esta “Ayuda Extra” (Extra Help).

Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Extra” (Extra Help), llame a los siguientes números:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048 (solicitudes), las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
- a la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a. m. y las 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778;
- o bien a la Oficina Estatal de TennCare (Medicaid) (solicitudes). (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que está pagando una suma de distribución de costos incorrecta cuando obtiene su receta en la farmacia, hemos establecido un proceso para nuestro plan que le permite solicitar ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago apropiado, o, si ya tiene la evidencia, para que pueda proporcionárnosla.

- Si necesita ayuda para obtener la evidencia de su nivel de copago apropiado, puede comunicarse con el Servicio para Miembros. BlueCare Plus se comunicará con los CMS en su nombre para determinar su elegibilidad. Una vez que recibamos una respuesta de los CMS, nos comunicaremos con usted.
- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga un monto superior al del copago, le reembolsaremos la diferencia. Le enviaremos un cheque con la diferencia o compensaremos dicha diferencia en copagos futuros. Si la farmacia no ha recibido el copago de usted y dicho copago figura como no pagado, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia con Medicamentos para Tratar el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia con Medicamentos para Tratar el SIDA (ADAP)?

El Programa de Asistencia con Medicamentos para Tratar el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas con VIH/sida elegibles para el ADAP a tener acceso a

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

medicamentos de importancia crítica para el VIH. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el ADAP califican para la asistencia en la distribución de costos de los medicamentos recetados. En Tennessee, el programa se denomina Ryan White Program (Programa de Asistencia con Medicamentos para Tratar el SIDA de Tennessee). Nota: Con el fin de reunir los requisitos para el ADAP que corresponda a su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, entre los que se incluyen una prueba de residencia en el estado y la condición de la persona infectada con el VIH, tener bajos ingresos según lo defina el estado y condición de no asegurado o subasegurado.

Si usted actualmente está inscrito en el ADAP, este programa puede seguir brindándole asistencia en la distribución de los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que estén en el formulario del ADAP. Con el fin de asegurarse de que continúa recibiendo esta asistencia, informe al trabajador inscrito en el ADAP local sobre cualquier cambio en el nombre de su plan o número de póliza de la Parte D de Medicare.

TN Department of Health
Ryan White Program (Tennessee's AIDS Drug Assistance Program)
710 James Robertson Parkway
Andrew Johnson Tower
Nashville, TN 37243
1-615-741-7500
tn.health@tn.gov
<http://www.tn.gov/health/health-program-areas/std0/std/ryanwhite>

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o la forma de inscribirse en el programa, llame al Programa Ryan White (Programa de Asistencia con Medicamentos para Tratar el SIDA de Tennessee) al 1-615-741-7500:

¿Qué sucede si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados?

¿Puede obtener los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados de su plan. Si usted recibe “Ayuda Extra” (Extra Help), el Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare no es válido para usted. Si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help), usted ya obtiene cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante la etapa sin cobertura.

¿Qué sucede si usted no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?

Si considera que ha alcanzado la etapa sin cobertura y no obtuvo un descuento al pagar sus medicamentos de marca, debe consultar su próxima notificación de la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D). Si el descuento no aparece en su *Explicación de beneficios de la Parte D*, debe comunicarse con nosotros para asegurarse de que sus registros de medicamentos estén correctos y actualizados. Si no estamos de acuerdo en que debe recibir un descuento, usted puede apelar. Puede obtener ayuda para presentar una apelación del Programa

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Estatado de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP, State Health Insurance Assistance Program) (los números telefónicos aparecen en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación Ferroviaria

La Junta de Jubilación Ferroviaria es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios completos para los trabajadores ferroviarios de la nación y su familia. Si tiene preguntas con respecto a los beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación Ferroviaria, es importante que les avise en el caso de que se mude o cambie su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria – Información de contacto
LLAMAR	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes.</p> <p>Si usted cuenta con un teléfono de teclado numérico, la información registrada y los servicios automatizados están disponibles las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los feriados.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov/

SECCIÓN 9 Puede obtener asistencia de las Agencias del Área para Personas Mayores

Método	Primera Agencia del Área de Tennessee para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades
LLAMAR	1-866-836-6678
CONDADOS	Carter, Greene, Hancock, Hawkins, Johnson, Sullivan, Unicoi y Washington
ESCRIBIR	First TN Dev. District 3211 North Roane Street Johnson City, TN 37601
SITIO WEB	https://www.ftaaad.org

Método	Agencia del Área del Este de Tennessee para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades
LLAMAR	1-865-691-2551
CONDADOS	Anderson, Blount, Campbell, Claiborne, Cocke, Grainger, Hamblen, Jefferson, Knox, Loudon, Monroe, Morgan, Roane, Scott, Sevier y Union
ESCRIBIR	East TN Human Resource Agency 9111 Cross Park Drive, Suite D-100 Knoxville, TN 37923-4517
SITIO WEB	https://www.ethra.org

Método	Agencia del Área del Sudeste de Tennessee para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades
LLAMAR	1-866-836-6678
CONDADOS	Bledsoe, Bradley, Grundy, Hamilton, Marion, McMinn, Meigs, Polk, Rhea y Sequatchie
ESCRIBIR	Southeast TN Area Agencies on Aging & Disabilities PO Box 4757 Chattanooga, TN 37405
SITIO WEB	https://www.setaaad.org

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Agencia del Área de Upper Cumberland para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades
LLAMAR	1-931-432-4111
CONDADOS	Cannon, Clay, Cumberland, DeKalb, Fentress, Jackson, Macon, Overton, Pickett, Putnam, Smith, VanBuren, Warren y White
ESCRIBIR	Upper Cumberland Dev. District 1225 South Willow Avenue Cookeville, TN 38506-4194
SITIO WEB	https://www.ucdd.org

Método	Agencia del Área Más Extensa de Nashville para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades
LLAMAR	1-615-862-8828
CONDADOS	Cheatham, Davidson, Dickson, Houston, Humphreys, Montgomery, Robertson, Rutherford, Stewart, Sumner, Trousdale, Williamson y Wilson
ESCRIBIR	Greater Nashville Regional Council 220 Athens Way, Suite 200 Nashville, TN 37228
SITIO WEB	https://www.gnrcaad.org

Método	Agencia del Área Central Sur de Tennessee para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades
LLAMAR	1-931-379-2929
CONDADOS	Bedford, Coffee, Franklin, Giles, Hickman, Lawrence, Lewis, Lincoln, Marshall, Maury, Moore, Perry y Wayne
ESCRIBIR	South Central TN Dev. District 101 Sam Watkins Boulevard Mount Pleasant, TN 38474
SITIO WEB	https://www.sctdd.org/content/aging/php/index.php

Capítulo 2. Números telefónicos y recursos importantes

Método	Agencia del Área del Noroeste de Tennessee para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades
LLAMAR	1-866-836-6678
CONDADOS	Benton, Carroll, Crockett, Dyer, Gibson, Henry, Lake, Obion y Weakley
ESCRIBIR	Northwest TN Area Agency on Aging and Disability 124 Weldon Drive Martin, TN 38237-0963
SITIO WEB	https://www.nwtdd.org/nwtdd

Método	Agencia del Área del Sudoeste de Tennessee para Personas Mayores y Adultos con Discapacidades
LLAMAR	1-731-668-7112
CONDADOS	Chester, Decatur, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, McNairy y Madison
ESCRIBIR	Southwest TN Area Agency on Aging and Disability 102 E. College Street Jackson, TN 38301
SITIO WEB	https://www.swtd.org

CAPÍTULO 3

*Cómo usar la cobertura del plan para
los servicios médicos y otros
servicios cubiertos*

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1	Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan.....	50
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	50
Sección 1.2	Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan.....	50
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios	52
Sección 2.1	Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica	52
Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?	53
Sección 2.3	Cómo recibir atención de especialistas y otros proveedores de la red	54
Sección 2.4	Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red	56
SECCIÓN 3	Cómo recibir los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención urgente, o durante un desastre.....	56
Sección 3.1	Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica	56
Sección 3.2	Cómo recibir atención cuando necesita servicios con urgencia	58
Sección 3.3	Cómo recibir atención durante un desastre	58
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de sus servicios cubiertos?	59
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos	59
Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?	59
SECCIÓN 5	¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”?	60
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	60
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?	61
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una “institución religiosa no médica de atención de la salud”.....	62
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de atención de la salud?	62

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 6.2	¿Qué atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud está cubierta por nuestro plan?.....	62
SECCIÓN 7	Normas para ser propietario del equipo médico duradero.....	63
Sección 7.1	¿Adquirirá la propiedad del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?.....	63

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

SECCIÓN 1 Información que se debe tener en cuenta para obtener atención médica y otros servicios cubiertos como miembro de nuestro plan

En este Capítulo, se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para obtener la cobertura de la atención médica y de otros servicios. Ofrece definiciones de términos y le explica las normas que tendrá que seguir para obtener los tratamientos y servicios médicos y otra atención médica que estén cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica y otros servicios cubiertos por nuestro plan, consulte el cuadro de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios, qué está cubierto*).

Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?
--------------------	--

A continuación se proporcionan algunas definiciones que pueden ayudarlo a comprender qué debe hacer para recibir la atención y los servicios cubiertos que le corresponden como miembro de nuestro plan:

- Los **“proveedores”** son los médicos y otros profesionales de la salud a los que el estado autoriza para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye a los hospitales y otros centros de atención de la salud.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tengan un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago total. Hemos acordado que estos proveedores brinden los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, no paga nada por los servicios cubiertos.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda atención médica, servicios, suministros y equipos de atención médica que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos para la atención de la salud se detallan en el cuadro de beneficios incluido en el Capítulo 4.

Sección 1.2	Normas básicas para obtener atención médica y otros servicios cubiertos por el plan
--------------------	--

Al ser un plan de salud de Medicare, BlueCare Plus debe cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los servicios cubiertos por Original Medicare; consulte el Capítulo 4, Sección 2.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

BlueCare Plus en general cubrirá su atención médica siempre que se cumplan estas condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios del plan** (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), quien le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - No está obligado a tener una remisión de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios necesarios de forma urgente. También existen otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de contar con la aprobación por adelantado de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. *A continuación, se describen tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que obtiene de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para conocer lo que significa emergencia o servicios urgentemente necesarios, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden brindársela, puede recibirla de un proveedor fuera de la red. Deberá obtener la autorización del plan antes de buscar este tipo de atención. En esta situación, cubriremos estos servicios como si los recibiera de un proveedor de la red. Para obtener 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 servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté fuera del área de servicios del plan de manera temporal.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos**SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener su atención médica y otros servicios****Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le brinde y supervise su atención médica****¿Qué es un “PCP” y qué hace por usted?***¿Qué es un PCP?*

Un proveedor de atención primaria (PCP) de la red es el primer contacto de una persona que tiene una inquietud de salud no diagnosticada, además del profesional que continúa a cargo de la atención de diversas enfermedades. El PCP brinda atención y la supervisa.

¿Qué tipos de proveedores pueden desempeñarse como PCP?

Los proveedores de cualquiera de las siguientes áreas pueden actuar como PCP, siempre que estén en la red del plan:

- Medicina familiar
- Enfermero Profesional
- Auxiliar médico
- Medicina general
- Pediatría
- Medicina interna

¿Cuál es la función de un PCP?

En BlueCare Plus, usted verá a una persona que tendrá la responsabilidad principal de su atención médica. Este puede ser un médico, un enfermero profesional o un asistente de médico. Esta persona se denomina su proveedor de atención primaria o PCP (Primary Care Provider).

¿Qué función desempeña el PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Su PCP es responsable de la coordinación de su atención médica y también de sus necesidades de atención médica de rutina. Es conveniente que le pida al PCP que lo ayude a seleccionar un especialista de la red y, después de las visitas al especialista, que haga el seguimiento con el PCP. Es importante que establezca una relación con el PCP y que la mantenga.

¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones o la obtención de una autorización previa?

BlueCare Plus no requiere que el PCP presente una autorización previa para los servicios brindados en su consultorio. Su PCP está disponible para coordinar su atención con especialistas y otros proveedores. Si uno de los proveedores solicita un servicio que requiere autorización, el proveedor es responsable de obtener autorización previa de BlueCare Plus.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Cómo elige a su PCP?

Todos los miembros de BlueCare Plus deben tener un PCP. Cuando se inscribe en BlueCare Plus, se le pide que elija un PCP y que escriba el nombre del PCP en el formulario de inscripción. Si no eligió un PCP, seleccionaremos uno por usted que se encuentre cerca de donde vive.

Si el PCP es nuevo para usted, debe comenzar a conocerlo. Llame para conseguir una cita con su PCP lo antes posible. Es importante que lo haga, especialmente si estuvo recibiendo atención o tratamiento de otro médico. Queremos asegurarnos de que siga recibiendo atención. Se le recomienda hacer una visita anual a su PCP.

Cómo cambiar el PCP

Puede cambiar el PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP deje de participar en la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un PCP nuevo.

Hay varios motivos por los que deba cambiar su PCP. Puede suceder que usted quiera un PCP cuyo consultorio esté más cerca de su domicilio o que su PCP deje de trabajar con BlueCare Plus. Si su PCP deja de trabajar con BlueCare Plus, le enviaremos una carta para solicitarle que busque un nuevo PCP. Si no busca un PCP nuevo, le buscaremos uno por usted para que pueda seguir recibiendo su atención.

Para cambiar su PCP:

Busque un nuevo PCP con nuestra herramienta de búsqueda de médicos en bluecareplus.bcbst.com, o llame a Servicios para Miembros. Realizaremos el cambio de su PCP luego de recibir su solicitud, y el cambio entrará en vigencia de inmediato. ¿Qué sucede si necesita ayuda para buscar un PCP? Llámenos al 1-800-332-5762 (TTY: 711). Trabajaremos con usted para buscar un PCP nuevo que esté aceptando pacientes nuevos.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica y otros servicios puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP?
--------------------	--

Puede recibir los servicios enumerados a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para la mujer, que incluye exámenes mamarios, mamografías (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe y la neumonía, vacunas contra la hepatitis B, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Servicios de emergencia de proveedores dentro y fuera de la red
- Servicios urgentemente necesarios prestados por proveedores de la red o fuera de ella cuando los proveedores de la red no estén disponibles o cuando no pueda acceder a ellos en forma circunstancial, por ejemplo, cuando esté fuera del área de servicio del plan de manera temporal

Servicios de diálisis renal que recibe de un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted esté fuera del área de servicios del plan de manera temporal. (De ser posible, antes de salir del área de servicios, llame al Servicio para Miembros, de modo que podamos ayudarlo a organizarse para que tenga diálisis de mantenimiento mientras esté fuera del área de servicios. Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

- La densitometría ósea se cubre cada 24 meses o de manera más frecuente, en caso de que sea médicamente necesario.
- Cubrimos colonoscopias (o detección por enema de bario como alternativa) para personas con alto riesgo de desarrollar cáncer de colon cada 24 meses. Cubrimos colonoscopias de detección para personas con alto riesgo de desarrollar cáncer de colon cada 10 años (120 meses), pero no cubrimos este tipo de estudio dentro de los 48 meses posteriores a la realización de una sigmoidoscopia de detección.

Los servicios indicados arriba no son excluyentes.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer
- Los cardiólogos atienden a pacientes con cardiopatías
- Los traumatólogos atienden a pacientes con determinadas afecciones óseas, articulares o musculares

Cómo pueden los miembros acceder a especialistas y otros proveedores de la red:

¿Cuál es la función del PCP (si tiene alguna) en la remisión de los miembros a los especialistas y a otros proveedores?

El PCP es la persona a la que debe consultar por sus necesidades generales de atención médica. Es el que determina la atención adecuada para usted y es responsable de asegurarse de que se haga las pruebas necesarias para mantener o mejorar su salud. Si necesita atención de un especialista, debería ser el PCP quien le recomiende un especialista adecuado.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Para qué servicios el PCP necesitará obtener nuestra aprobación previa?

Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre los servicios que requieren autorización previa.

¿Cuál es el proceso para obtener la autorización previa?

Los proveedores de la red participantes son los encargados de obtener autorizaciones o determinaciones por adelantado. Además, como miembro, usted o sus representantes autorizados también pueden solicitar autorizaciones o determinaciones por adelantado. Usted no es responsable por obtener determinaciones sobre autorización previa.

¿Quién toma la decisión de la autorización previa?

Las enfermeras/los médicos clínicos del comportamiento con licencia pueden aprobar los servicios médicamente necesarios. En caso de que las enfermeras/los médicos clínicos del comportamiento con licencia no puedan realizar la aprobación, un director médico realizará una revisión y tomará una determinación final.

¿Su selección de PCP hará que esté limitado a hospitales o especialistas específicos a los que remita ese PCP (es decir, círculos de remisión de subred)?

Usted puede consultar a cualquier especialista o visitar cualquier hospital de nuestra red más allá del PCP que elija.

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

Durante el año, podemos hacer cambios en los hospitales, los médicos y los especialistas (proveedores) que son parte de su plan. Hay varios motivos por los que su proveedor puede dejar de participar en su plan, pero si su médico o especialista lo hace, usted tiene determinados derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe por avisarle con, al menos, 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan, de modo que usted tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un proveedor nuevo calificado para seguir administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y trabajaremos con usted para asegurarnos de ello.
- Si piensa que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar al anterior o que no estamos administrando correctamente su atención médica, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si se entera de que su médico o especialista abandona nuestro plan, comuníquese con nosotros para ayudarlo a hallar un proveedor nuevo y a administrar su atención.

Comuníquese con BlueCare Plus al 1-800-332-5762 (TTY: 711) si tiene preguntas.

Sección 2.4 Cómo recibir atención de los proveedores fuera de la red

La atención que reciba de proveedores fuera de la red no se cubrirá a menos que la atención cumpla con una de las tres excepciones que se describen en la Sección 1.2 de este capítulo. Para obtener información sobre cómo recibir atención fuera de la red cuando tiene una emergencia médica o necesita atención urgente, consulte la Sección 3 de este capítulo.

Los servicios que obtiene de proveedores fuera de la red pueden estar cubiertos en las siguientes situaciones:

- Necesita atención por una emergencia o una urgencia. No es necesario que obtenga la autorización previa.
- Necesita tratamiento de diálisis y no está en nuestra área de servicios.
- Si en nuestra red no hay un proveedor de servicios especializados a una distancia razonable de su domicilio, puede solicitarnos que lo atienda un proveedor fuera de la red (esto se conoce como “decisión de cobertura”). Para solicitar una decisión sobre la cobertura, consulte la Sección 5.1 del Capítulo 9, *Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: información general*.

SECCIÓN 3 Cómo recibir los servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o necesita atención urgente, o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una “**emergencia médica**” es cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato a fin de prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda tan rápido como sea posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame una ambulancia si la necesita. Usted *no* necesita tener primero la aprobación o remisión del médico de atención primaria (PCP).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

- **Asegúrese de informarle de su emergencia a nuestro plan lo antes posible.**
Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. El número de Servicios para Miembros aparece en la contraportada de este folleto. El número del Servicio para Miembros también aparece en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué se cubre si tiene una emergencia médica?

Puede recibir cobertura de atención médica de emergencia en cualquier momento que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios. Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en riesgo su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios, en el Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le estén brindando la atención de emergencia para ayudar a organizar y hacer un seguimiento de su atención. Los médicos que le estén brindando la atención de emergencia decidirán el momento en el que su condición sea estable y concluya la emergencia médica.

Luego de que la emergencia médica haya terminado, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para estar seguro de que su estado sigue siendo estable. Nuestro plan cubrirá la atención de seguimiento. Si recibe la atención de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se ocupen de su atención tan pronto como lo permitan su afección médica y las circunstancias.

¿Qué sucede si no fue una emergencia médica?

A veces, puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que concurra para recibir atención de emergencia –al pensar que su salud corre un riesgo grave – y el médico puede decir que no era una emergencia médica, después de todo. Si resulta que no fue una emergencia, siempre que haya sido razonable que usted considere que su salud corría un riesgo grave, cubriremos su atención.

Sin embargo, luego de que los médicos hayan manifestado que *no* fue una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de uno de estos dos modos:

- Usted concurre a un proveedor de la red para recibir atención adicional.
- -- *O bien* -- La atención adicional que recibe se considera un “servicio urgentemente necesario” y usted sigue las normas para recibir tal atención urgente (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando necesita servicios con urgencia

¿Qué son los “servicios urgentemente necesarios”?

Los “servicios urgentemente necesarios” definen a una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata. Puede acceder a estos servicios mediante los proveedores de la red o aquellos fuera de la red cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos de manera temporal. La afección imprevista podría ser, por ejemplo, el agravamiento inesperado de una afección que usted sabe que padece.

¿Qué sucede si está en el área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe intentar obtener servicios urgentemente necesarios de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no sería razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando esta está disponible, entonces cubriremos los servicios urgentemente necesarios que haya recibido de un proveedor fuera de la red.

BlueCare Plus brinda acceso a una línea directa del servicio de enfermería disponible las 24 horas para todos los miembros. El número telefónico de la línea directa del servicio de enfermería es 1-888-747-8951. BlueCare Plus también tiene una red de centros de atención de urgencias que pueden brindar estos servicios urgentemente necesarios sin una remisión.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicios del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención?

Cuando esté fuera del área de servicios y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios urgentemente necesarios que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre los servicios urgentemente necesarios ni ningún otro tipo de atención que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la secretaria de Salud y Servicios Humanos o el Presidente de los Estados Unidos declara el estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted seguirá teniendo derecho a recibir la atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: bluecareplus.bcbst.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

En general, si no puede utilizar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá recibir atención de proveedores fuera de la red y pagar el monto de distribución de costos que

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

pagaría dentro de la red. Si no puede utilizar una farmacia de la red durante un desastre, podrá obtener sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

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

Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos los servicios cubiertos
--------------------	--

BlueCare Plus no puede reembolsarles a los miembros los beneficios cubiertos por TennCare (Medicaid).

Si usted ha pagado por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

Sección 4.2	¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?
--------------------	--

BlueCare Plus no puede reembolsarles a los miembros los beneficios cubiertos por TennCare (Medicaid).

BlueCare Plus cubre todos los servicios médicos médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios del plan (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto), y se obtienen conforme a las normas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que nuestro plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y sin autorización. Si tiene beneficios de Medicare y TennCare (Medicaid), antes de pagar el costo del servicio, comuníquese con TennCare (Medicaid) para averiguar si el servicio tiene cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre si pagaremos algún servicio o atención médica que esté considerando, tiene derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene el derecho a preguntarnos por escrito. Si decimos que no pagaremos los servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir la atención.

El Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*) tiene más información sobre qué hacer si desea solicitarnos una decisión sobre la cobertura o si desea apelar una decisión que ya hemos tomado. También puede llamar a los Servicios para Miembros para obtener más información (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Para servicios cubiertos que tienen limitaciones de beneficios, usted paga el costo completo de cualquier servicio que obtenga posterior a la utilización total de su beneficio para ese tipo de

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

servicio cubierto. Estos costos no se incluyen en ningún máximo de gastos de bolsillo del plan. Puede llamar a Servicios para Miembros cuando desee saber qué parte del límite de beneficios ya ha usado.

SECCIÓN 5 ¿Cómo están cubiertos sus servicios médicos cuando está en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado “ensayo clínico”) es una forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, cuán bien actúa un nuevo medicamento contra el cáncer. Para evaluar nuevos procedimientos de atención médica o medicamentos, piden la colaboración de voluntarios que participen en el estudio. Este tipo de estudio constituye una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a los médicos y los científicos a descubrir si un nuevo enfoque es eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están a disposición de los miembros de nuestro plan. Primero, Medicare necesita aprobar el estudio de investigación. Si participa en un estudio que Medicare *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.*

Una vez que Medicare apruebe el estudio, alguna persona que trabaje en él se comunicará con usted para proporcionarle más detalles sobre el estudio y determinar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo llevarán a cabo. Puede participar en el estudio, siempre que satisfaga los requisitos para ello y comprenda y acepte por completo lo que implica participar en él.

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

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación o la de su proveedor de atención primaria (PCP). Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita obtener permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, **sí debe informarnos que participará antes de que comience el estudio.**

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

Si tiene pensado participar en un estudio de investigación clínica, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) para informarles que participará en un ensayo clínico y para averiguar detalles más específicos sobre lo que pagará su plan.

Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los servicios?
--------------------	--

Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, usted tiene cobertura para los exámenes y las pruebas de rutina, y los servicios que reciba como parte del estudio de investigación, entre otros:

- Comida y alojamiento por una internación en el hospital que Medicare pagaría incluso si no participara de un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico que sea parte del estudio de investigación
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones resultantes de la atención nueva

Original Medicare pagará la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que con todos los servicios cubiertos, usted no pagará nada por los servicios cubiertos que obtenga en el estudio de investigación clínica.

Para que nosotros paguemos nuestra parte del costo, usted deberá presentar una solicitud de pago. Junto con la solicitud, deberá enviarnos una copia de los Resúmenes de Medicare u otra documentación que demuestre qué servicios recibió como parte del estudio. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que el estudio esté probando a menos que Medicare cubra el artículo y servicio aunque usted *no* esté en el estudio.
- Artículos y servicios que el estudio les dé a usted o a cualquier participante de manera gratuita
- Artículos o servicios proporcionados solo para recoger datos y no usados en la atención directa de la salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiere solo una.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Quiere saber más?

Puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica mediante la publicación “Medicare and Clinical Research Studies” (Medicare y los Estudios de Investigación Clínica) disponible en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

Una institución religiosa no médica de atención de salud es un centro que provee atención para una condición que generalmente sería tratada en un hospital o centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o en un centro de enfermería especializada es contra la creencia religiosa de un miembro, nosotros proporcionaremos cobertura para atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud. Puede elegir buscar atención de la salud en cualquier momento, por cualquier motivo. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención de la salud por motivos no médicos). Medicare pagará solo los servicios de atención de la salud por motivos no médicos proporcionados por instituciones religiosas no médicas de atención de la salud.

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

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de atención de la salud, usted debe firmar un documento legal en el que manifiesta que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico “no excluido”.

- Atención o tratamiento médico “no excluido” significa cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no requerido* por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “excluido” significa la atención o tratamiento médico que se recibe de manera *no* voluntaria o que *se requiere* según la ley federal, estatal o local.

Para que nuestro plan la cubra, la atención que reciba de una institución religiosa no médica dedicada a la atención de la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a aspectos *no religiosos* de la atención.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

- Si recibe servicios de esta institución que se brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permitiría recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria para pacientes internados o la atención en un centro de enfermería especializada.
 - – Y – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan para que lo admitan en el centro, de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Si utiliza los servicios para pacientes internados en una institución religiosa no médica de atención de la salud, la cobertura de Medicare para pacientes internados aplicará límites. Consulte el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

SECCIÓN 7 Normas para ser propietario del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Adquirirá la propiedad del equipo médico duradero después de realizar cierta cantidad de pagos de acuerdo con nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchón eléctrico, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de generación de voz, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias que solicita un proveedor para uso en el hogar. El miembro siempre adquiere la propiedad de ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, describimos otros tipos de DME que se deben alquilar.

Según Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME adquieren la propiedad después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Los miembros de BlueCare Plus adquieren la propiedad de ciertos tipos de DME después de pagar los artículos durante 10 meses. Estos artículos serán adquiridos después de un periodo de 10 meses de alquiler de continuo. Estos artículos deben ser pedidos por un proveedor de atención médica y deben reunir los criterios de necesidad médica de los CMS. Algunos ejemplos de los artículos alquilados son las máquinas de CPAP, las sillas de ruedas manuales y las camas de hospital. Sin embargo, los equipos de oxígeno se alquilan durante 36 meses, pero el oxígeno en sí se alquila siempre. Algunos artículos como los dispositivos protésicos y ortopédicos, las sillas de ruedas eléctricas y los estimuladores de crecimiento óseo se compran desde el primer momento y no se alquilan. Estos son solo algunos ejemplos, no es una lista totalmente inclusiva. Llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en el dorso de este folleto) para encontrar más información acerca de los requisitos que debe cumplir y la documentación que debe presentar.

Capítulo 3. Cómo usar la cobertura del plan para los servicios médicos y otros servicios cubiertos

¿Qué sucede con los pagos que usted haya realizado por el equipo médico duradero si se cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la propiedad de un artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, usted tendrá que efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. Los pagos que hizo mientras fue miembro de nuestro plan no se tienen en cuenta para estos nuevos 13 pagos consecutivos.

Si realizó menos de 13 pagos por el artículo de DME en Original Medicare *antes* de incorporarse a nuestro plan, sus pagos anteriores tampoco se tienen en cuenta para los 13 pagos consecutivos. Deberá realizar 13 pagos consecutivos nuevos después de regresar a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo. No existen excepciones en estos casos cuando regresa a Original Medicare.

CAPÍTULO 4

*Cuadro de beneficios (qué está
cubierto)*

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

SECCIÓN 1	Explicación de los servicios cubiertos.....	67
Sección 1.1	Usted no paga nada por los servicios cubiertos.....	67
Sección 1.2	Máximo que debe pagar por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B.....	67
SECCIÓN 2	Use el <i>Cuadro de beneficios</i> para saber qué servicios están cubiertos	68
Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan	68
SECCIÓN 3	Servicios excluidos del plan	98
Sección 3.1	Servicios <i>no</i> cubiertos por el plan (exclusiones).....	98

SECCIÓN 1 Explicación de los servicios cubiertos

Este Capítulo se centra en los servicios que están cubiertos. Incluye un Cuadro de beneficios que detalla los servicios cubiertos como miembro de BlueCare Plus. Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También explica las limitaciones para determinados servicios.

Sección 1.1	Usted no paga nada por los servicios cubiertos
--------------------	---

Debido a que recibe asistencia de TennCare (Medicaid), usted no paga nada por los servicios cubiertos, siempre que cumpla con las normas del plan para recibir atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas de su plan para obtener atención médica).

Sección 1.2	Máximo que debe pagar por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B
--------------------	--

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de TennCare (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de gastos de bolsillo. Usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo hasta alcanzar el monto máximo de gastos de bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Debido a que se encuentra inscripto en un plan Medicare Advantage, existe un límite con respecto a cuánto debe pagar de bolsillo cada año por los servicios médicos que se encuentran cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare (consulte el Cuadro de beneficios médicos en la Sección 2 que se encuentra a continuación). A este límite se lo denomina suma máxima de gastos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de BlueCare Plus, el monto máximo de gastos de bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B en 2019 es \$6,700. Los montos que paga por servicios cubiertos se aplican al monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por medicamentos recetados de la Parte D no se aplican al monto máximo de gastos de bolsillo. Si sus pagos alcanzan el monto máximo de gastos de bolsillo de \$6,700, usted no deberá pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B (salvo que la pague TennCare [Medicaid] u otro tercero).

SECCIÓN 2 Use el *Cuadro de beneficios* para saber qué servicios están cubiertos

Sección 2.1	Sus beneficios médicos como miembro del plan
--------------------	---

El Cuadro de beneficios de las páginas siguientes incluye los servicios cubiertos por BlueCare Plus. Los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos de Medicare deben ser provistos conforme a las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros y equipos) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Usted recibe atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red. El capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para poder utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos servicios prestados por proveedores fuera de la red.
- Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP), quien le brinda atención médica y la controla.
- Algunos de los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (llamada algunas veces “autorización previa”). Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa aparecen marcados en el cuadro con un asterisco.

Otra información importante que se debe tener en cuenta sobre nuestra cobertura:

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de TennCare (Medicaid). Medicare cubre atención médica y medicamentos recetados. TennCare (Medicaid) cubre la distribución de costos por servicios de Medicare, incluido el coseguro. TennCare (Medicaid) también cubre servicios que Medicare no cubre, como atención a largo plazo y servicios en la comunidad o en el hogar.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y Usted 2019*. Puede hacerlo en línea en <https://www.medicare.gov> o bien puede solicitar una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo de acuerdo con Original Medicare, nosotros también los cubrimos sin costo para usted.

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

- En algunas ocasiones, Medicare agrega cobertura según Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- **Si se encuentra dentro del periodo de 3 meses considerado de elegibilidad continua, continuaremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este periodo, TennCare (Medicaid) no continuará cubriendo beneficios de TennCare (Medicaid) que estén incluidos bajo TennCare (Medicaid). Los montos de la distribución de costos de Medicare establecidos para beneficios básicos y complementarios de Medicare no se modifican durante este periodo.**

Usted no paga nada por los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios en tanto cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.



Verá esta manzana al lado de los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.

Cuadro de beneficios

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una única prueba de detección por ultrasonido para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si presenta determinados factores de riesgo y una remisión de su médico, médico auxiliar, enfermero profesional o enfermero clínico especialista.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que reúnen los requisitos para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Servicios de ambulancia*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea de ala fija y rotatoria, al centro apropiado más cercano que pueda ofrecer atención solo si se proporcionan para un miembro cuya afección médica es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona, o si el plan lo autorizó. • El transporte que no es de emergencia por ambulancia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otro medio de transporte podría poner en peligro la salud de la persona y que el transporte por ambulancia es requerido médicamente. <p>Nota: Todo servicio de ambulancia o transporte que no sea de emergencia y cuente con autorización previa debería coordinarse a través de SouthEastern Transportation (SETI).</p>	<p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia que no sean de emergencia</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Puede comunicarse con SETI llamando al 1-855-681-5032. Los servicios pueden incluir lo siguiente: transporte desde el domicilio al consultorio de su médico para visitas de rutina, transporte desde el domicilio a un centro de diálisis certificado por Medicare o transporte a un lugar más alejado del centro más cercano y adecuado, cuando se realizan traslados entre centros o niveles de atención médica.</p>	
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado de acuerdo con sus factores de riesgo y su estado de salud actuales. Usted cuenta con una visita cubierta cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse en el transcurso de 12 meses desde su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Sin embargo, no es necesario que haya asistido a una visita “Bienvenido a Medicare” para tener una visita anual de bienestar cubierta tras haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para la visita anual de bienestar.</p>
<p> Examen de densitometría ósea</p> <p>Para las personas que son elegibles (en general, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para los servicios de examen de densitometría ósea cubiertos por Medicare.</p>
<p> Prueba de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años• Una mamografía de detección cada 12 meses para las mujeres mayores de 40 años• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para mamografías cubiertas.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Se cubren programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento para los miembros que cumplen con ciertas condiciones y tienen la orden de un médico. El plan también cubre programas de rehabilitación cardíaca intensa que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. Estos servicios tienen un límite de 2 sesiones de una hora por día, con un máximo de 36 sesiones por servicio y por año.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año a su médico de atención primaria con el objetivo de ayudarlo a disminuir los riesgos de enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, el médico puede conversar acerca del uso de aspirinas (si es necesario), controlar su presión arterial y aconsejarlo para asegurarse de que está llevando una alimentación sana.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de terapia de conducta intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Pruebas de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses)</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada cinco años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer cervical y de cuello de útero</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos cubiertos una vez cada 24 meses• Si usted tiene un alto riesgo de padecer cáncer vaginal o de cuello uterino o ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal y está en edad reproductiva en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	<p>Dentro de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos de prevención cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de quiropráctica</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones• Además, un límite de hasta 20 visitas de rutina complementarias por año	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para las visitas de quiropráctica cubiertas.</p>
<p> Prueba de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes servicios están cubiertos para personas mayores de 50 años:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sigmoidoscopias flexibles (o detección por enema de bario como alternativa) cada 48 meses. <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Examen de sangre oculta en material fecal (frotis de guayacol, gFOBT)• Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Prueba de ADN para control colorrectal cada 3 años</p> <p>Para las personas con riesgo elevado de tener cáncer de colon, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección (o detección por enema de bario como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen riesgo elevado de tener cáncer de colon, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer de colon cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos:</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los servicios dentales.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p><i>Servicios dentales preventivos e integrales (la lista no es excluyente)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes bucales de rutina hasta 2 por año (1 examen estándar por periodo de 6 meses) • Limpiezas hasta 2 por año (1 limpieza por periodo de 6 meses) • Examen de emergencia (1 examen de emergencia por periodo de 12 meses) • Radiografías dentales hasta 1 por año (1 radiografía interproximal por periodo de 12 meses) (1 radiografía panorámica o de boca completa por periodo de 36 meses) • Empastes • Extracciones • Dentaduras postizas • Endodoncia • Prostodoncia • Cirugía bucal y maxilofacial <p>Se aplican limitaciones y exclusiones para todos los servicios indicados arriba. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más detalles.</p>	<p>Límite de cobertura anual de \$5,000 para servicios dentales suplementarios.</p> <p>Se recomienda solicitar determinaciones por adelantado.</p>
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda ofrecer tratamiento y/o remisiones.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para una visita anual de prueba de detección de depresión.</p>
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba (incluida la prueba de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: alta presión arterial (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre. Es posible que las pruebas también tengan cobertura si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso o antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede reunir las condiciones para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Entrenamiento de autoadministración para la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (ya sean insulino dependientes o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en sangre: medidores de glucosa, tiras reactivas para medir la glucosa, dispositivos para lancetas y lancetas, y soluciones para el control de la glucosa para verificar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores • Para las personas con diabetes con casos graves de pie diabético: un par de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas que se entregan con los zapatos) por año calendario y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con prótesis y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas que se entregan con los zapatos). La cobertura incluye la colocación. • En determinadas condiciones, está cubierto el entrenamiento de autoadministración para la diabetes. • Las tiras reactivas para la diabetes tienen cobertura para un máximo de 300 para 90 días (100 por mes). En el caso de miembros nuevos, se aplicará una transición de 30 días. Las tiras reactivas para la diabetes solo están disponibles a través de la farmacia (en lugar de un proveedor de equipo médico duradero [durable medical equipment, DME]). 	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para el entrenamiento de autoadministración cubierto por Medicare, suministros de monitoreo de la diabetes ni zapatos terapéuticos y plantillas.</p> <p>Suministros para pruebas de diabetes cubiertos por la Parte B: Los productos Contour NEXT ONE de Ascensia y Lifescan OneTouch de Johnson & Johnson son marcas preferidas. Todos los demás productos solo tienen cobertura con una autorización previa. Las excepciones aprobadas se considerarán beneficios dentro de la red. En el caso de miembros nuevos, se aplicará una transición de 30 días. Disponible solamente a través de la farmacia (en lugar del proveedor de equipos médicos duraderos).</p>
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados* (Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, camas hospitalarias que solicita un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor de su área no proporciona una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si la puede ordenar especialmente para usted.</p>	<p>Se requiere autorización previa para todos los alquileres o si el precio de compra es superior a \$500.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia hace referencia a los servicios cubiertos que son:</p> <ul style="list-style-type: none">• Proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia y;• necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una situación de emergencia médica es cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato a fin de prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>La distribución de costos por los servicios de emergencia necesarios provistos fuera de la red son los mismos que los correspondientes a los servicios provistos dentro de la red.</p> <p>La cobertura está limitada a los Estados Unidos.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para las visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes internados después de que su afección ha sido estabilizada, debe recibir dicha atención en un hospital fuera de la red que esté autorizado por el plan.</p>
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar</p> <p>Nuestros programas sobre salud y bienestar están disponibles para todos los miembros sin costo adicional. Están diseñados para ayudar a los miembros a mejorar las conductas sobre salud.</p> <p>Educación de la salud:</p> <p><i>Servicios para el bienestar:</i></p> <p>Los servicios interactivos para el bienestar incluyen información preventiva general y recordatorios para las pruebas de detección adecuadas a la edad, al sexo y al historial de reclamaciones. Esto es posible a través de capacitaciones basadas en la Web y capacitaciones por teléfono proporcionadas por el personal médico dedicado a la salud de la población.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los programas de educación sobre salud y bienestar.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p><i>Salud en línea:</i></p> <p>La Salud en línea es un registro médico personal interactivo basado en la Web. Esta herramienta se adapta a los miembros, y les brinda información y recomendaciones específicas sobre sus afecciones en función de diagnósticos y de los riesgos de desarrollar determinadas enfermedades. Cuenta, además, con registros de seguimiento para ayudar con la documentación de pruebas de laboratorio, logros de actividades físicas y medicamentos. Asimismo, tiene la función de recopilar la información que se utilizará con las visitas que hacen los miembros al consultorio médico. Para tener acceso a su Salud en línea, primero debe inscribirse en BlueAccess en bcbstmedicare.com.</p> <p>Membresías de centros de entrenamiento/clases de gimnasia:</p> <p><i>Membresía de SilverSneakers®:</i></p> <p>El programa de gimnasia es un beneficio cubierto que brinda acceso a más de 14,000 centros de gimnasia que pueden incluir equipos, clases de gimnasia, piscinas y otros servicios disponibles. También se ofrecen kits para hacer gimnasia en el hogar y apoyo y recursos en línea.</p> <p>Mejor manejo de la enfermedad</p> <p>Los miembros son evaluados y entrenados por enfermeros con certificación en manejo de casos de acuerdo con el plan de atención del médico y capacitados para controlar y manejar enfermedades crónicas. Los miembros son monitoreados en lo que respecta al cumplimiento con el medicamento recetado, el uso de la sala de emergencias y la internación, y las visitas al proveedor de atención primaria (PCP) o al especialista. Esta información se comparte con el proveedor de tratamiento, ya que es necesaria para ayudar a coordinar los servicios.</p> <p>Este programa aborda 6 enfermedades crónicas: ICC, EPOC, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y enfermedad renal crónica en etapa 4 y 5.</p>	

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Programas de educación sobre salud y bienestar (continuación)</p> <p>Tecnología de acceso remoto:</p> <p><i>Línea directa del servicio de enfermería:</i></p> <p>Los miembros tienen acceso a una línea directa del servicio de enfermería disponible las 24 horas, donde un enfermero registrado puede asistir con la información de salud general, orientación de remisión al médico clínico local o clasificación de algunas afecciones de evaluación inmediata comparado con el seguimiento del día siguiente con el PCP o especialista del miembro.</p> <p><i>Monitoreo a distancia:</i></p> <p>El plan utiliza un monitoreo domiciliario cuando sea médicamente necesario para miembros con afecciones crónicas que participan en programas de administración de afecciones médicas y corren un mayor riesgo de necesitar intervenciones médicas o de ser hospitalizados. La frecuencia del monitoreo depende de la gravedad de la afección. Los resultados anormales se comparten como corresponde con el médico tratante, mientras que los resultados normales se comparten en forma mensual. Este monitoreo no incluye los dispositivos de medición de glucosa cubiertos por Original Medicare.</p>	
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones de audición de diagnóstico y de equilibrio realizado por su proveedor para determinar si usted necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las realiza un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>El beneficio incluye exámenes de audición de rutina, evaluaciones/adaptaciones de audífonos, audífonos/pilas y reparaciones/ajustes de audífonos.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada examen de audición diagnóstico cubierto por Medicare.</p> <p>Límite de cobertura anual de \$2,500 para servicios de audición suplementarios.</p>
<p> Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Medicare cubre una prueba de detección de hepatitis C por única vez. Medicare también cubre varias pruebas de detección al año para determinadas personas con alto riesgo.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada prueba de detección de hepatitis C cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que tienen un mayor riesgo de infección por VIH, cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Una prueba de detección cada 12 meses. <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que reúnen los requisitos para pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare.</p>
<p>Atención de una agencia de atención médica a domicilio*</p> <p>Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, su médico debe certificar que usted lo necesita y le solicitará a una agencia de atención médica a domicilio que le brinde sus servicios. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que quiere decir que salir de su hogar requiere un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y servicios de asistencia sanitaria a domicilio (serán cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio; entre los servicios de enfermería especializada y de asistencia sanitaria a domicilio deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana)• Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla• Servicios médicos sociales• Suministros y equipos médicos	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada visita médica a domicilio cubierta por Medicare.</p>
<p>Atención para enfermos terminales</p> <p>Puede recibir atención en cualquier programa de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. Se considera que reúne los requisitos para recibir el beneficio de atención para enfermos terminales cuando su médico y el director médico del programa le dan un pronóstico médico terminal en el cual se certifica que usted padece una enfermedad terminal y que tiene 6 meses de vida o menos, si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico de atención para enfermos terminales puede ser un proveedor dentro de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de atención para enfermos terminales certificada por Medicare, los servicios de atención y cualquier servicio de la Parte A y B relacionado con su pronóstico médico terminal estarán a cargo de Original Medicare, no de BlueCare Plus.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro para enfermos terminales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y para aliviar el dolor • Atención de relevo a corto plazo • Atención a domicilio <p><u>Servicios de atención para enfermos terminales y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y están relacionados con su pronóstico médico terminal:</u> Original Medicare (y no nuestro plan) pagará los servicios de atención para enfermos terminales relacionados con su pronóstico médico terminal. Mientras esté en el programa para enfermos terminales, su proveedor de la atención para enfermos terminales le facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare paga.</p> <p><u>Servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y no están relacionados con su pronóstico médico terminal:</u> si usted requiere algún servicio que no sea de emergencia o urgente, que esté cubierto por Medicare Parte A o Parte B y que no esté relacionado con su pronóstico médico terminal, el costo que deberá pagar por estos servicios depende de si utiliza o no un proveedor dentro de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor dentro de la red, usted solo paga el monto de distribución de costos por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga la distribución de costos por la tarifa por servicio de Medicare (Original Medicare) <p><u>Para servicios que están cubiertos por BlueCare Plus, pero no por Medicare Parte A o Parte B:</u> BlueCare Plus continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no cubran la Parte A o B, sin importar si están relacionados con su pronóstico médico terminal. Usted paga su suma de distribución de costos por estos servicios.</p> <p><u>Medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan:</u> Los medicamentos nunca tienen cobertura del programa de atención para enfermos terminales y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4.</p>	<p>Debe recibir atención de un proveedor de atención para enfermos terminales certificado por Medicare. El plan pagará una visita de consulta para que usted seleccione la atención para enfermos terminales.</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para 1 visita de consulta antes de seleccionar los servicios de atención para enfermos terminales.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro para enfermos terminales (continuación)</p> <p><i>(¿Qué sucede si se encuentra recibiendo atención para enfermos terminales certificada por Medicare?).</i></p> <p>Nota: Si necesita atención convencional (atención que no está relacionada con su enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para que organicemos los servicios.</p> <p>Nuestro plan cubre los servicios de consulta para la atención de enfermos terminales (solo una vez) para una persona con enfermedad terminal que no haya sido elegida para el beneficio de atención para enfermos terminales.</p>	
<p> Inmunizaciones</p> <p>Los servicios de Medicare Parte B cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra la neumonía• Vacunas contra la gripe, una vez por cada temporada de gripe en otoño y en invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias• Vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo elevado o intermedio de tener hepatitis B• Otras vacunas, si es una persona en riesgo y estas cumplen con las normas de cobertura de Medicare Parte B <p>También cubrimos algunas vacunas correspondientes al beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna contra TDAP (tétanos, difteria y tos ferina [tos convulsa])• Zostavax (culebrilla)	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B.</p> <p>Consulte el Capítulo 6, Sección 9.1 para obtener más información sobre las vacunas cubiertas por la Parte D.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados*</p> <p>Incluye atención aguda para pacientes internados, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que usted es hospitalizado formalmente con una orden médica. El día anterior al alta es su último día de paciente internado.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada internación cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación)</p> <p>El plan cubre 90 días en cada periodo de beneficios. Puede haber cobertura adicional disponible a través de sus beneficios de TennCare (Medicaid). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera médicamente necesaria) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de las unidades de atención especial (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas 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 recuperación • Terapia física, terapia ocupacional, y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: de córnea, de riñón, de riñón-páncreas, de corazón, de hígado, de pulmón, de corazón/pulmón, de médula ósea, de células madre y de intestino/vísceras múltiples. Si necesita un trasplante, organizaremos para que un centro de trasplante aprobado por Medicare revea su caso y decida si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o pueden estar fuera del área de servicios de nuestro plan. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera del patrón comunitario de atención, puede elegir obtener el servicio de manera local, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si BlueCare Plus ofrece servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener su trasplante en esa ubicación lejana, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. 	<p>Un periodo de beneficios comienza el primer día en el que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF después de que finalizó un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo. No existe límite de la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.</p> <p>Si recibe atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia esté estable, su costo es la distribución de costos que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y el concentrado de eritrocitos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted puede pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario o puede donar la sangre, tanto usted como otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta.• Servicios del médico <p>Nota: Para ser considerado un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para que se lo admita en el hospital. Incluso si se queda en el hospital durante una noche, quizás se lo considere igualmente “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de ser considerado paciente internado o ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de información se encuentra disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar 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 del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de la salud mental para pacientes internados*</p> <ul style="list-style-type: none">• Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren internación hospitalaria, como los servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico con límite vitalicio de 190 días. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados brindados por una unidad psiquiátrica de un hospital general.	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red: Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada estadía en un hospital psiquiátrico cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización para pacientes internados sin cobertura*</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de internación o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted recibirá mientras esté internado en el hospital o el SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios del médico• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio)• Radiografías, radioterapia y terapia con radioisótopos incluyendo materiales y servicios técnicos• Vendajes quirúrgicos• Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones• Aparatos protésicos y ortopédicos (salvo dentales) que reemplazan el total o una parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante) o la totalidad o una parte de la función de un órgano interno del cuerpo que tiene una disfunción o que está inutilizado de forma permanente, incluidas la sustitución y la reparación de estos aparatos• Aparatos para piernas, brazos, espalda y cuello; trusas y piernas, brazos y ojos artificiales, incluyendo ajustes, reparaciones y reemplazos requeridos a causa de rotura, uso, pérdida o cambio en la condición física del paciente• Terapia física, terapia del habla y terapia ocupacional	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada servicio cubierto recibido en un hospital o SNF durante una hospitalización para pacientes internados sin cobertura.</p>
<p>Comidas*</p> <p>Puede recibir hasta 2 comidas por día por un máximo de 7 días después del alta del hospital o de en un centro de enfermería especializada.</p>	<p>Se pueden aplicar reglas de autorización.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para las comidas.</p>
<p> Terapia nutricional médica</p> <p>Este beneficio es para las personas que tienen diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero que no se dializan), o luego de un trasplante de riñón cuando el médico lo indique.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los miembros que reúnen los requisitos para servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Terapia nutricional médica (continuación)</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento personal durante el primer año en el que recibe servicios de terapia nutricional médica por parte de Medicare (esto incluye nuestro plan, otro plan Medicare Advantage u Original Medicare), y 2 horas por año en los años subsiguientes. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que reciba más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar la orden anualmente si es necesario continuar con su tratamiento el año siguiente.</p>	
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Se cubrirán los servicios de MDPP para los beneficiarios de Medicare que reúnen los requisitos en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambios en las conductas de salud que proporciona formación práctica en el cambio alimenticio a largo plazo, el aumento de la actividad física y estrategias para la solución de problemas para superar los desafíos de sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B*</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos en la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos que por lo general el paciente no puede autoadministrarse y se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de cirugía ambulatoria• Medicamentos que recibe al usar equipo médico duradero (como nebulizadores) que nuestro plan autorizó• Los factores de coagulación que se autoadministran con inyecciones, si tiene hemofilia• Medicamentos inmunodepresores, si se inscribió en Medicare Parte A en el momento del trasplante de órgano	<p>Tal vez necesite autorización previa o terapia escalonada para los medicamentos de la Parte B o la Parte D.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, luego de que TennCare (Medicaid) paga el 20% directamente a la farmacia participante. Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar una farmacia para coordinar con TennCare (Medicaid).</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B* (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinada en su hogar, tiene fractura ósea que el médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y antináuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, los anestésicos tópicos y los agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Concentrado intravenoso de inmunoglobulinas para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria • Terapia génica, como terapia con células T con receptor de antígeno quimérico (CAR) <p>En el Capítulo 5 se explica el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D y las normas que debe seguir para obtener la cobertura de sus recetas. En el Capítulo 6 se explica lo que paga por medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	<p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los medicamentos para quimioterapia cubiertos por la Parte B de Medicare, luego de que TennCare (Medicaid) paga el 20% directamente a la farmacia participante. Servicios para Miembros puede ayudarlo a encontrar una farmacia para coordinar con TennCare (Medicaid).</p>
<p> Prueba de detección de obesidad y terapia para favorecer la pérdida constante de peso</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal igual o mayor a 30, cubrimos un asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un centro de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Comuníquese con su médico o profesional de atención para obtener más información.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para una prueba de detección y terapia de obesidad preventivas.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico, y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios*</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Radiografías• Radioterapia (con isótopos y radio), que incluye los materiales y suministros del técnico• Suministros quirúrgicos, como vendajes• Férulas, yesos y otros dispositivos usados para reducir fracturas y dislocaciones• Análisis de laboratorio• Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y el concentrado de eritrocitos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted puede pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario o puede donar la sangre, tanto usted como otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta.• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	<p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada radiografía cubierta por Medicare, radiología terapéutica, laboratorio, procedimiento/prueba de diagnóstico, radiología de diagnóstico (no incluye radiografías) o servicios sanguíneos.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios*</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía como paciente ambulatorio• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico que factura el hospital• Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se necesitaría un tratamiento para pacientes internados sin esa atención• Radiografías y otros servicios radiológicos que factura el hospital• Suministros médicos, como férulas y yesos• Determinados medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse• Determinados servicios preventivos y de detección	<p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, se considera que usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante una noche, quizás se lo considere igualmente “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si se lo considera paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>Puede encontrar más información en la hoja de información de Medicare “¿Es usted un paciente internado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. Esta hoja de información se encuentra disponible en el sitio web https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf o puede llamar 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 del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Atención de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, enfermero profesional, médico auxiliar u otro profesional de la atención de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes vigentes en el estado.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles por cada visita de terapia individual o de grupo con un especialista o psiquiatra cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios*</p> <p>Entre los servicios cubiertos se incluyen los siguientes: terapia física, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se prestan en varios centros para pacientes ambulatorios, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles por cada visita de fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>La cobertura con Medicare Parte B está disponible para los servicios de tratamiento provistos en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital a aquellos pacientes que, por ejemplo, fueron dados de alta tras haber estado internados para recibir tratamiento por abuso de sustancias o que necesitan tratamiento, pero no requieren la disponibilidad e intensidad de los servicios que solo se pueden recibir estando internados.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada visita individual o grupal por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluye servicios prestados en centros hospitalarios ambulatorios y en centros de cirugía ambulatoria*</p> <p>Nota: Si será operado en un hospital, consulte con su proveedor sobre si se lo considerará paciente internado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para que se lo admita como paciente internado en el hospital, se lo considera un paciente ambulatorio y paga los montos de distribución de costos para cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si se queda en el hospital durante una noche, quizás se lo considere igualmente “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Es posible que se requiera autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles en un centro de cirugía ambulatoria o en un hospital para pacientes ambulatorios cubierto por Medicare.</p>
<p>Beneficio de medicamentos de venta libre (OTC)</p> <p>Este plan le ofrece un monto fijo cada trimestre para comprar productos y medicamentos de venta libre (OTC) que usted necesita para estar bien, por ejemplo, vendas, analgésicos, remedios para el resfriado, pasta de dientes, y mucho más. Usted puede elegir artículos genéricos o de marca. Le enviaremos los artículos directamente a usted.</p> <p>Para realizar un pedido, comuníquese al 1-800-400-6864 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 10:00 p. m. hora central.</p> <p>Puede realizar un pedido por Internet en https://shopping.drugsourceinc.com/bluecareplus</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los artículos OTC.</p> <p>El monto máximo de cobertura es de \$300 cada trimestre. Todos los créditos no utilizados caducarán al final de cada trimestre.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial*</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se brinda como servicio de hospital para pacientes ambulatorios o en un centro de la salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización para pacientes internados.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red: Sin coseguros, copagos ni deducibles para los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p>Sistema de respuesta de emergencia personal (PERS)</p> <p>El sistema de respuesta de emergencia personal brinda ayuda en situaciones de emergencia. El servicio de alerta médica trae un dispositivo de comunicación instalado en el hogar y un botón para que lleve puesto.</p>	<p>Dentro de la red: Sin coseguros, copagos ni deducibles para el sistema de respuesta de emergencia personal.</p>
<p>Servicios médicos, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios prestados en el consultorio de un médico, centro de cirugía ambulatoria certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Consulta, diagnóstico y tratamiento de un especialista • Exámenes de audición y equilibrio básicos realizados por su PCP o especialista, si su médico lo solicita para determinar si usted necesita tratamiento médico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, arreglos de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos si los brindase un médico) 	<p>Dentro de la red: Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada visita cubierta por Medicare con un proveedor de atención primaria, especialista u otro profesional de la salud.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• El diagnóstico y el tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón calcáneo)• Cuidado de rutina de los pies para miembros con determinadas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para cada visita de podología cubierta por Medicare.</p>
<p> Pruebas de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años en adelante, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none">• Prueba de tacto rectal• Prueba de antígeno prostático específico (PSA, Prostate Specific Antigen)	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para una prueba de PSA anual.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados*</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen todo o parte de una parte o función del cuerpo. Entre otros, se incluyen los siguientes: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de colostomía, marcapasos, dispositivos protésicos, zapatos con prótesis, extremidades artificiales y prótesis de senos (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen determinados suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o sustitución de los aparatos ortopédicos. Además, incluye parte de la cobertura posterior a una extracción o cirugía de cataratas; consulte “Atención de la visión” más adelante en esta sección para obtener más información.</p>	<p>Se requiere autorización previa si el precio de compra es superior a \$200.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Se cubren programas de rehabilitación pulmonar integrales para los miembros con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y una orden para rehabilitación pulmonar del médico que está tratando la enfermedad respiratoria crónica.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluso para mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes de él.</p> <p>Si se confirma su abuso del alcohol, puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento personal por año (si es competente y presta atención durante la sesión) provistos por un médico de atención primaria autorizado o profesional en un centro de atención primaria.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso del alcohol cubierto por Medicare.</p>
<p> Detección de cáncer de pulmón por tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para personas que cumplen con las condiciones, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros que reúnen los requisitos son: personas de entre 55 y 77 años que no presenten ningún signo o síntoma de cáncer de pulmón, pero que tengan antecedentes de fumar tabaco de al menos 30 paquetes/año y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar dentro de los últimos 15 años, que reciban una orden escrita para una LDCT durante una visita de detección de cáncer de pulmón, asesoramiento y toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea atendida por un médico o profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT posteriores a la prueba inicial LDCT:</i> el miembro debe recibir una orden escrita para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT de parte de un médico o profesional calificado durante una consulta para tal fin. Si un médico o profesional calificado no médico decide ofrecer una consulta de asesoramiento para la detección del cáncer de pulmón y toma de decisiones compartidas en pruebas posteriores de detección del cáncer de pulmón con LDCT, dicha consulta debe cumplir con los criterios de Medicare al respecto.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisión compartida o para la LDCT cubierta por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) en casos de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para mujeres embarazadas y determinadas personas que tienen un mayor riesgo de padecer ITS, siempre que un proveedor de atención primaria solicite las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones personales por año de asesoramiento de alta intensidad en salud conductual de entre 20 y 30 minutos a aquellos adultos sexualmente activos que tengan un mayor riesgo de padecer ITS. Solo cubriremos estas sesiones a modo de servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un centro de atención primaria, por ejemplo, un consultorio médico.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de prueba de detección de ITS y asesoramiento para prevenir las ITS cubierto por Medicare.</p>
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones más informadas sobre su cuidado. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal durante el transcurso de la vida a los miembros que padecen enfermedad renal crónica en etapa IV y que tienen una remisión de su médico.• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando esté fuera del área de servicio de manera temporal, tal como se explica en el Capítulo 3).• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo admite como paciente internado en un hospital para atención especial).• Equipos y suministros para la diálisis en el hogar.• Determinados servicios de apoyo en el hogar (como por ejemplo visitas de trabajadores capacitados en diálisis para verificar su diálisis en el hogar, para ayudar en emergencias y para controlar su equipo para diálisis y suministro de agua cuando sea necesario).	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para servicios de educación sobre enfermedad renal, diálisis renal y equipo y suministros para diálisis.</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal (continuación)</p> <p>Determinados medicamentos para diálisis cubiertos por su beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.</p>	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)* (Para conocer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este folleto. Algunas veces, los centros de enfermería especializada se denominan “SNF”).</p> <p>Posee una cobertura por hasta 100 días de atención médicamente necesaria por periodo de beneficio cuando se cuenta con la autorización de BlueCare Plus. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si fuera médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que recibe como parte del plan de atención (esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre completa y el concentrado de eritrocitos comienza solamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite: usted puede pagar los costos de las tres primeras pintas de sangre que obtenga en un año calendario o puede donar la sangre, tanto usted como otra persona. Todos los otros componentes de la sangre están cubiertos a partir del momento en que se utiliza la primera pinta. • Suministros médicos y quirúrgicos que comúnmente proporcionan los SNF • Pruebas de laboratorio normalmente suministradas por los SNF • Radiografías y otros servicios radiológicos que normalmente proporcionan los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente proveen los SNF • Servicios del médico/profesional <p>En general, recibirá atención de un SNF en los centros de la red. Sin embargo, en determinadas circunstancias que se detallan a continuación, es posible que reciba atención en un centro que no sea un proveedor de la red si el centro acepta las sumas de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para jubilados en donde estaba viviendo antes de ir al hospital (siempre que se brinde atención de centros de enfermería especializada) • Un SNF en el que su cónyuge viva en el momento en que usted abandone el hospital 	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Para atención en un SNF cubierto por Medicare, sin coseguros, copagos ni deducibles para los días 1 al 100 de cada periodo de beneficios (se requiere una estadía previa en el hospital de 1 día).</p> <p>Un periodo de beneficios comienza el primer día en el que usted ingresa en un hospital o en un SNF cubierto por Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha estado internado en ningún hospital o SNF durante 60 días consecutivos. Si ingresa al hospital o SNF después de que finalizó un periodo de beneficios, comienza un nuevo periodo. No existe límite de la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco)</p> <p><u>Si usted consume tabaco, pero no presenta síntomas ni signos de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco:</u> cubrimos dos sesiones de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses como servicio preventivo gratuito. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p> <p><u>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco o toma medicamentos cuyo efecto pueda verse afectado por el tabaco:</u> cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos sesiones de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un periodo de 12 meses. Sin embargo, usted pagará el monto de distribución de costos que corresponda. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>SET está cubierto para miembros que tengan enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática y una remisión para SET del médico responsable del tratamiento de la EAP.</p> <p>Hasta 36 sesiones durante un periodo de 12 semanas están cubiertas si se cumplen con los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none">• Consistir en sesiones de 30-60 minutos de duración, que comprendan un programa de entrenamiento de ejercicios terapéutico para pacientes ambulatorios que tengan EAP• con claudicación• Llevarse a cabo en un centro para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico• Ser brindado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que esté capacitado en terapia de ejercicio para EAP• Estar bajo la supervisión directa de un médico, médico auxiliar o enfermero profesional/enfermero clínico especialista que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas <p>La SET puede cubrir más de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un periodo extendido de tiempo si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguro, copago ni deducible para la terapia de ejercicio supervisado cubierto por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p>Telesalud</p> <p>El plan utiliza un proveedor de telesalud que ofrece acceso telefónico y a través de la web a un médico autorizado para la consulta, diagnóstico y/o tratamiento de determinadas afecciones no emergentes cuando el médico tratante del miembro no esté disponible (p. ej., fuera de horario o los fines de semana). Este programa no tiene por objeto reemplazar la relación con el PCP y tiene la intención de reducir el uso de la sala de emergencias y/o de los centros de atención de urgencias.</p> <p>Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para medicina a distancia.</p>
<p>Servicios de transporte*</p> <p>Nuestro plan ofrece un beneficio de transporte de rutina cubierto para las citas con el médico, el odontólogo, el oftalmólogo o el otorrinolaringólogo y transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</p> <p>Los servicios de transporte están disponibles los días de semana únicamente.</p> <p>Para coordinar un traslado, llame al 1-855-681-5032, (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto feriados.</p> <p>El pedido de traslado debe realizarse al menos con 3 días de anticipación a la fecha de la cita.</p> <p>El traslado se limita a 50 millas desde el punto de inicio.</p>	<p>Se requiere autorización previa.</p> <p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los servicios de traslado. Cubre hasta 100 viajes de ida a lugares aprobados por el plan cada año.</p>
<p>Servicios urgentemente necesarios</p> <p>Los servicios urgentemente necesarios se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevistas que no son de emergencia y requieren atención médica inmediata. Puede acceder a estos servicios mediante los proveedores de la red o aquellos fuera de la red cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos de manera temporal.</p> <p>La distribución de costos para los servicios urgentemente necesarios proporcionados fuera de la red es la misma que para dichos servicios proporcionados dentro de la red.</p> <p>La cobertura está limitada a los Estados Unidos.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para las visitas de atención urgentemente necesarias cubiertas por Medicare.</p>

Servicios que tiene cubiertos	Qué debe pagar cuando recibe estos servicios
<p> Atención de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Servicios del médico para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y heridas oculares, que incluyen tratamientos para degeneraciones maculares relacionadas al envejecimiento. Original Medicare no cubre los exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto• Para las personas con un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas con un alto riesgo de padecer glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o mayores, e hispanoamericanos de 65 años o mayores• Para personas con diabetes, se cubre la detección de retinopatía diabética una vez por año• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no podrá reservar el beneficio luego de la primera cirugía y comprar dos anteojos luego de la segunda cirugía). Lentes correctores/marcos (y reemplazos) necesarios después de la extracción de cataratas sin un implante cristalino. <p>También tiene cobertura de los siguientes servicios de rutina para el cuidado de la visión:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 examen ocular de rutina por año	<p>Dentro de la red:</p> <p>Sin coseguros, copagos ni deducibles para los exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades/afecciones del ojo, prueba de detección de glaucoma, anteojos/lentes de contacto después de una cirugía de cataratas o un examen ocular de rutina por año.</p> <p>Límite de cobertura de \$350 por año para anteojos o lentes de contacto y ajustes.</p>
<p> Visitas preventivas “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre una visita preventiva única “Bienvenido a Medicare”. La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento acerca de los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones para otra atención de ser necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo dentro de los primeros 12 meses en los que usted cuente con Medicare Parte B. Al coordinar su cita, infórmele a la persona que lo atienda en consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>Dentro de la red:</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>

SECCIÓN 3 Servicios excluidos del plan

Sección 3.1 Servicios *no* cubiertos por el plan (exclusiones)

Esta sección explica qué servicios están “excluidos”. Excluidos significa que el plan no cubre estos servicios.

La siguiente lista describe algunos de los servicios y artículos que no están cubiertos por el plan en ningún caso y algunos que están cubiertos por el plan, pero solo en condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que se detallan en el cuadro a continuación, excepto en las condiciones específicas detalladas. Existe una sola excepción: pagaremos cuando en una apelación se determine que deberíamos haber pagado o cubierto algún servicio médico del cuadro siguiente debido a su situación particular. (Para obtener más información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3 de este folleto).

Todas las exclusiones o limitaciones a los servicios se describen en el cuadro de beneficios o en el que aparece a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Solo cubiertos en condiciones específicas
Acupuntura.	✓	
Procedimientos o cirugías con fines cosméticos.		✓ <ul style="list-style-type: none"> • Cubiertos si existe una lesión accidental o cuando se realicen para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con alguna malformación • Cubiertos en todas las etapas de la reconstrucción del seno que ha sido sometido a una mastectomía y del seno no afectado para que tengan simetría
*La atención de custodia es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención especializada, médica o de enfermería.	✓	

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos en ningún caso	Solo cubiertos en condiciones específicas
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que nuestro plan y Original Medicare determinan que no son aceptados generalmente por la comunidad médica.		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Es posible que tengan cobertura de Original Medicare, que sean parte de un estudio clínico de investigación aprobado por Medicare o que tengan cobertura de nuestro plan. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información acerca de los estudios clínicos de investigación).</p>
Las tarifas impuestas para atención por parte de parientes directos o miembros de su familia	✓	
Cuidado de enfermería a domicilio de tiempo completo	✓	
Comidas a domicilio		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Hasta 2 comidas por día por un máximo de 7 días después del alta del hospital o de un centro de enfermería especializada.</p>
Los servicios domésticos incluyen asistencia básica en el hogar, inclusive las actividades domésticas livianas o la preparación de comidas simples.	✓	
Servicios de naturopatía (tratamientos naturales o alternativos)	✓	
Habitación privada en un hospital		<p style="text-align: center;">✓</p> <p>Solo cubierta cuando sea médicamente necesaria</p>

Capítulo 4. Cuadro de beneficios (qué está cubierto)

Artículos personales en la habitación de un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor	✓	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos para la baja visión	✓	
Procedimientos para revertir la esterilización y/o suministros de anticonceptivos sin receta	✓	
Cuidado de rutina de los pies		✓ Cobertura limitada y provista conforme a las pautas de Medicare, por ejemplo, si padece diabetes.
Servicios que no se consideran razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare.	✓	

*La atención de custodia es la atención personal que no exige la atención continua de personal médico o paramédico especializado, y que se brinda para ayudarlo con las actividades cotidianas, como bañarse o vestirse.

CAPÍTULO 5

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

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

<u>Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D</u>	
SECCIÓN 1	Introducción..... 104
Sección 1.1	Este capítulo describe su cobertura para los medicamentos de la Parte D.. 104
Sección 1.2	Normas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan... 105
SECCIÓN 2	Abastezca sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo del plan..... 106
Sección 2.1	Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red 106
Sección 2.2	Cómo encontrar farmacias de la red..... 106
Sección 2.3	Cómo utilizar los servicios de venta por correo del plan 107
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?..... 108
Sección 2.5	¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan?..... 108
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan 110
Sección 3.1	La “Lista de medicamentos” contiene los medicamentos de la Parte D que están cubiertos 110
Sección 3.2	Existen cinco “niveles de distribución de costos” para los medicamentos de la lista..... 111
Sección 3.3	¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos? 111
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos 112
Sección 4.1	¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?..... 112
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones? 112
Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos? 113
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría? 114
Sección 5.1	Existen alternativas que usted puede considerar, si su medicamento no es cubierto de la manera que usted desea 114
Sección 5.2	¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción? 115

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

SECCIÓN 6	¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?	117
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año.....	117
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?	117
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	119
Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura	119
SECCIÓN 8	Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando abastece una receta	121
Sección 8.1	Muestre su tarjeta de membresía	121
Sección 8.2	¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?	121
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	121
Sección 9.1	¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación que está cubierta por el plan?	121
Sección 9.2	¿Qué ocurre si es un residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?	122
Sección 9.3	¿Qué sucede si se encuentra recibiendo atención para enfermos terminales certificada por Medicare?	122
SECCIÓN 10	Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos	123
Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad.....	123
Sección 10.2	Programa de Administración de Medicamentos (DMP) que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos opioides con seguridad	124
Sección 10.3	Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	124

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



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Dado que es elegible para TennCare (Medicaid), usted reúne los requisitos para obtener “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare, y la obtiene, para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Al estar inscripto en el programa de “Ayuda Extra” (Extra Help), **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no le corresponda.** Le enviamos un folleto adicional denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (denominado también la “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no recibe este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula Adicional LIS”. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo **describe las normas de uso de su cobertura para los medicamentos de la Parte D.** En el siguiente capítulo (Capítulo 6, *Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*), se explica lo que debe pagar por los medicamentos de la Parte D.

Además de la cobertura que tiene de los medicamentos de la Parte D, BlueCare Plus también cubre algunos medicamentos con los beneficios del plan médico. Mediante la cobertura de los beneficios de Medicare Parte A, nuestro plan cubre generalmente los medicamentos suministrados durante internaciones con cobertura en el hospital o en centros de enfermería especializada. Mediante la cobertura de los beneficios de Medicare Parte B, nuestro plan cubre medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se administran en el consultorio médico y medicamentos que se administran en centros de diálisis. En el Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y qué debe pagar*) se explica cuáles son los beneficios y costos relacionados con medicamentos administrados durante una internación cubierta en un hospital o centro de enfermería especializada. Asimismo, se detallan los beneficios para adquirir medicamentos de la Parte B y sus costos.

Es posible que Original Medicare puede cubra sus medicamentos si usted forma parte de un programa de atención para enfermos terminales de Medicare. Nuestro plan cubre aquellos servicios y medicamentos de Medicare Parte A, B y D que no tienen vinculación con su pronóstico médico terminal y afecciones relacionadas y, por lo tanto, no están incluidos en la cobertura del beneficio de atención para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (*¿Qué sucede si recibe atención para enfermos terminales*

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

certificada por Medicare?). Para obtener más información acerca de la cobertura de atención para enfermos terminales, consulte la sección del Capítulo 4 (*Cuadro de beneficios médicos, qué está cubierto y cuánto paga*).

En las secciones siguientes se trata el tema de la cobertura de sus medicamentos según las normas que rigen los beneficios de la Parte D del plan. En la Sección 9, *Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales*, se incluye más información acerca de su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de la cobertura de medicamentos de Medicare, sus beneficios de TennCare (Medicaid) le cubren algunos medicamentos recetados. Puede comunicarse con la agencia de TennCare (Medicaid) para obtener información sobre los medicamentos con cobertura de TennCare (Medicaid). (Consulte la información de contacto que aparece en el Capítulo 2). TennCare (Medicaid) también puede ofrecerle una Lista de medicamentos de TennCare (Medicaid) que le indica de qué forma hallar los medicamentos cubiertos por TennCare (Medicaid).

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

Nuestro plan cubrirá normalmente sus medicamentos siempre y cuando usted siga las siguientes normas básicas:

- La receta debe ser emitida por un proveedor (un médico, un dentista u otra persona autorizada).
- El profesional autorizado debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está autorizado para emitir recetas. De lo contrario, su reclamo de la Parte D será rechazado. Debe preguntar a sus emisores de recetas la próxima vez que los llame o visite para saber si reúnen esta condición. Si no es así, tenga en cuenta que puede llevarle tiempo al profesional presentar toda la documentación necesaria que se debe procesar.
- Generalmente debe usar una farmacia de la red para abastecer su receta. (Consulte la Sección 2, *Abastezca sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo del plan*).
- Su medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos “Lista de medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan*).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento está permitido por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 2 Abastezca sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo del plan****Sección 2.1 Para que su receta esté cubierta, utilice una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si las surte en una farmacia de la red. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información acerca de las circunstancias en las que cubriremos las recetas abastecidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es aquella que cuenta con un contrato con nuestro plan para ofrecerle sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que están incluidos en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red**¿Cómo encontrar una farmacia de la red en su área?**

Para hallar una farmacia de la red, puede fijarse en el *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web (bluecareplus.bcbst.com) o llamar al Servicio para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red. Si cambia de una farmacia de la red a otra y necesita reabastecer un medicamento que ya estaba tomando, puede solicitarle a un proveedor que le haga una receta nueva o que transfieran la receta a la farmacia nueva.

¿Qué sucede si la farmacia que estuvo utilizando abandona la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja la red del plan, tendrá que encontrar otra farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede obtener ayuda de Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) o utilizar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web, en bluecareplus.bcbst.com.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

A veces, es necesario abastecer las recetas en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para una terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para pacientes internados en un centro de atención a largo plazo. Usualmente, un centro de atención a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si usted está en un centro de atención a largo plazo (LTC), debemos asegurarnos de que pueda recibir, de manera regular,

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

sus beneficios de la Parte D mediante nuestra red de farmacias de atención a largo plazo, que suelen ser aquellas utilizadas por ese tipo de centros. Si tiene algún inconveniente para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, comuníquese con Servicios para Miembros.

- Farmacias que prestan servicios al Servicio de Salud Indígena/Programa de Salud Indígena Tribal/Urbano (Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). Excepto en caso de emergencia, únicamente los nativos americanos o de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) restringe a ciertas localidades, que requieren un manejo especial, coordinación con el proveedor o instrucciones para su uso. (Nota: estos casos no son comunes).

Para ubicar una farmacia especializada, fíjese en el *Directorio de Farmacias* o llame al Servicio para Miembros (los números telefónicos figuran en el dorso de este folleto).

Sección 2.3 Cómo utilizar los servicios de venta por correo del plan

El servicio de venta por correo del plan le permite solicitar un **suministro con un máximo de 90 días**.

Para recibir formularios de pedido e información sobre la obtención de sus medicamentos recetados por correo, comuníquese con la división de venta por correo de Servicios para Miembros al 1-800-400-6864 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 10:00 p. m. hora central. Si utiliza una farmacia de venta por correo que no pertenece a la red del plan, su receta no estará cubierta.

Generalmente, el pedido a una farmacia con venta por correo le llegará en no más de 14 días. Se pueden aplicar cargos adicionales si solicita un envío expeditivo. Si su pedido por correo se retrasa, deberá abastecer sus recetas en otra farmacia. Es posible que su médico tenga que proporcionar una receta nueva a la farmacia de la red en su área mientras le entregan su medicamento de venta por correo. Comuníquese con la división de venta por correo de Servicios para Miembros, llamando al 1-800-400-6864 (TTY: 711) para obtener ayuda con la coordinación de la cobertura de sus recetas; tanto de las que provienen de un envío de venta por correo demorado como las que provienen de otra farmacia de la red en su área de servicio.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente desde el consultorio del médico.

Luego de que una farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para consultarle si desea abastecer su medicamento en el momento o en otro momento. Esto le dará la oportunidad de asegurarse que la farmacia esté entregando el medicamento correcto (incluidas la dosis, la cantidad y la forma) y, de ser necesario, le permite suspender o demorar el pedido antes de que se lo facturen y envíen. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted, para informarles lo que deben hacer con la receta nueva y evitar demoras en el envío.

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

Reabastecimiento de recetas de venta por correo. Para reabastecer estas recetas, comuníquese con su farmacia 21 días antes de que se acaben sus medicamentos a fin de asegurarse de que su próximo pedido le llegue a tiempo.

De esta manera, la farmacia se puede comunicar con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informar a la farmacia la mejor manera posible de comunicarse con usted; para ello, llame a la división de venta por correo de Servicios para Miembros al 1-800-400-6864 (TTY: 711).

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

Nuestro plan ofrece dos modos de obtener un suministro a largo plazo de medicamentos (también denominado “suministro extendido”) de “mantenimiento” que figuren en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular, debido a una afección médica crónica o de largo plazo). Puede solicitar este suministro a través del servicio de venta por correo (consulte la Sección 2.3) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

1. **Algunas farmacias minoristas** de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. En el *Directorio de Farmacias* se indica qué farmacias de nuestra red pueden ofrecerle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
2. Puede utilizar **los servicios de venta por correo de la red del plan**. El servicio de venta por correo del plan le permite solicitar un suministro con un máximo de 90 días. Consulte la Sección 2.3 si desea obtener más información sobre cómo usar nuestro servicio de venta por correo.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no pertenezca a la red de nuestro plan?

Es posible que su receta tenga cobertura en ciertas situaciones

Generalmente, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia que no es de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde usted puede abastecer sus recetas como miembro de nuestro plan. Estas son las circunstancias en las que cubriremos las recetas abastecidas en una farmacia fuera de la red cuando usted no pueda utilizar una farmacia de la red:

- Usted se enferma y necesita un medicamento cubierto de la Parte D mientras está de viaje fuera del área de servicio del plan y no puede acceder a una farmacia de la red.

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

- No puede obtener un medicamento cubierto de la Parte D de manera oportuna dentro de su área de servicio. Por ejemplo, porque no hay ninguna farmacia de la red dentro de una distancia en automóvil razonable que ofrezca servicio las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Abasteció una receta para un medicamento cubierto de la Parte D que no se encuentra disponible regularmente en una farmacia minorista o de venta por correo de la red.
- Se le proporcionan medicamentos cubiertos de la Parte D entregados por una farmacia institucional fuera de la red mientras usted es un paciente en un lugar de emergencias, una clínica de un proveedor, en una cirugía ambulatoria u otro entorno para pacientes ambulatorios.
- En cualquier otro tipo de emergencia en la cual se requiera un medicamento cubierto de la Parte D y no sea posible acceder a una farmacia de la red.
- Usted es miembro y recibe una vacuna de Medicare Parte D que se considera médicamente necesaria.

Para todas las situaciones anteriores, el límite máximo de reclamos presentados fuera de la red es un suministro para 14 días.

En estos casos, **verifique primero con Servicios para Miembros** para comprobar si hay alguna farmacia de la red cerca. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto). Es posible que le soliciten el pago de la diferencia entre lo que abonó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos por ese medicamento en una farmacia dentro de la red.

¿Cómo solicita un reembolso del plan?

Si usted debe recurrir a una farmacia fuera de la red, por lo general, tendrá que pagar todo el costo (en lugar de pagar la parte normal del costo) cuando abastezca su receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En el Capítulo 7, Sección 2.1, se explica cómo solicitar que se le devuelva el dinero a través del plan).

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la “Lista de medicamentos” del plan****Sección 3.1 La “Lista de medicamentos” contiene los medicamentos de la Parte D que están cubiertos**

El plan tiene una “*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*”. En esta *Evidencia de Cobertura*, la denominamos “**Lista de medicamentos” para abreviar.**

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

La Lista de medicamentos incluye aquellos cubiertos por Medicare Parte D (antes en este Capítulo, en la Sección 1.1, se describen en detalle los medicamentos de la Parte D). Además de la cobertura de medicamentos de Medicare, sus beneficios de TennCare (Medicaid) le cubren algunos medicamentos recetados. Puede comunicarse con la agencia de TennCare (Medicaid) para obtener información sobre los medicamentos con cobertura de TennCare (Medicaid) (consulte la información de contacto indicada en el Capítulo 2). TennCare (Medicaid) también puede ofrecerle una Lista de medicamentos de TennCare (Medicaid) que le indica de qué forma hallar los medicamentos cubiertos por TennCare (Medicaid).

En general, cubriremos un medicamento que esté en la lista del plan, siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura que se explican en este Capítulo, y si el uso del medicamento es para una indicación médicamente aceptada. “Indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento *está*:

- Está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (Es decir, la Administración de Drogas y Alimentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la afección para los cuales se recetó).
- -- *O bien* -- está respaldado por ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son la American Hospital Formulary Service Drug Information, el sistema de información DRUGDEX y USPDI o su sucesor. En caso de cáncer, el National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores).

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. En general, funciona del mismo modo que el medicamento de marca y, a menudo, su costo es menor. Hay medicamentos genéricos disponibles como sustitutos para muchos medicamentos de marca.

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

¿Qué es lo que **no se encuentra en la Lista de medicamentos?**

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- Algunos de los medicamentos de TennCare (Medicaid) pueden no estar incluidos en la Lista de medicamentos. Puede comunicarse con la agencia de TennCare (Medicaid) para obtener información sobre los medicamentos con cobertura de TennCare (Medicaid) (consulte la información de contacto indicada en el Capítulo 2). TennCare (Medicaid) también puede ofrecerle una Lista de medicamentos de TennCare (Medicaid) que le indica de qué forma hallar los medicamentos cubiertos por TennCare (Medicaid).

Sección 3.2 Existen cinco “niveles de distribución de costos” para los medicamentos de la lista

Cada medicamento que figura en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. Generalmente, cuanto mayor sea el nivel de distribución de costos, mayor será el monto que usted tendrá que pagar por el medicamento:

- Nivel de costo 1: Medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo de distribución de costos)
- Nivel de costo 2: Medicamentos genéricos
- Nivel de costo 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel de costo 4: Medicamentos no preferidos
- Nivel de costo 5: Medicamentos especiales (nivel más alto de distribución de costos)

Para saber en cuál nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, busque en la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 se detalla lo que debe pagar por los medicamentos de cada uno de los niveles de distribución de costos (*Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Usted tiene 2 modos de hacerlo:

1. Visite el sitio web del plan (bluecareplus.bcbst.com). La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.

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

2. Llame a Servicios para Miembros para saber si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 4 Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan cubre determinados medicamentos recetados. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas normas para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos del modo más efectivo. Estas normas especiales también ayudan a controlar los costos totales de los medicamentos, lo cual hace que la cobertura sea más accesible.

En general, nuestras normas le recomiendan que obtenga un medicamento que funcione para su enfermedad y que sea seguro y eficaz. Cuando un medicamento de bajo costo y seguro funcione médicamente del mismo modo que un medicamento de costo más alto, las normas de nuestro plan están diseñadas de tal modo que usted y su proveedor utilicen la opción de menor costo. También necesitamos cumplir con las reglas y reglamentaciones de Medicare para la cobertura de medicamentos y la participación en el costo.

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre la solicitud de excepciones).

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que se pueden aplicar distintas restricciones o una distribución de costos según factores tales como la concentración, cantidad o forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una por día frente a dos por día; presentación en comprimidos o en líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

Nuestro plan utiliza diferentes tipos de restricciones para ayudar a nuestros miembros a utilizar los medicamentos de la forma más efectiva. Las siguientes secciones le brindan más información sobre qué tipo de restricciones utilizamos para ciertos medicamentos.

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

Restricción de los medicamentos de marca cuando se encuentra disponible una versión genérica

En general, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando se encuentre disponible una versión genérica de un medicamento de marca, nuestras farmacias de la red le brindarán la versión genérica.** En general, no cubriremos el medicamento de marca si existe una versión genérica disponible. Sin embargo, sí lo cubriremos si los medicamentos genéricos o cubiertos que suelen administrarse para el tratamiento de su afección no sirven en su caso y su proveedor nos brinda una razón médica de por qué esto es así. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

Obtención de la aprobación previa del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que acordemos cubrirle un medicamento. Esto se llama “**autorización previa**”. A veces, el requisito de obtener aprobación por anticipado ayuda a orientarlo sobre el uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que su medicamento no esté cubierto por nuestro plan.

Probar un medicamento diferente en primera instancia

Este requisito lo incentiva a probar medicamentos menos costosos pero de igual efectividad antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que pruebe primero el medicamento A. Si este medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidad

En el caso de determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener por medio de un límite a dicha cantidad cada vez que abastece su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura para su receta a no más de una píldora por día.

Sección 4.3	¿Alguna de estas restricciones se aplica a sus medicamentos?
--------------------	---

La Lista de medicamentos del plan incluye información sobre las restricciones descritas anteriormente. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica al medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto) o visite nuestro sitio web bluecareplus.bcbst.com.

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

Si el medicamento que toma tiene alguna restricción, por lo general, significa que usted o su proveedor deberán tomar medidas adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que quiere tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicios para Miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea que eliminemos la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar la eliminación de la restricción. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener más información sobre la solicitud de excepciones).

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de los medicamentos no tiene la cobertura que a usted le gustaría?

Sección 5.1 Existen alternativas que usted puede considerar, si su medicamento no es cubierto de la manera que usted desea
--

Esperamos que la cobertura de su medicamento lo satisfaga. Sin embargo, es posible que usted esté tomando actualmente un medicamento recetado o que haya uno que usted y su proveedor piensan que debería tomar, pero que no figura en nuestro formulario, o bien, que figura con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga ningún tipo de cobertura. O bien, una versión genérica del medicamento tiene cobertura, pero no la versión de marca que desea.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales para la cobertura de ese medicamento. Tal como se explicó en la Sección 4, el uso de algunos medicamentos cubiertos por el plan está restringido mediante normas adicionales. Por ejemplo, se le podría exigir que pruebe primero un medicamento diferente, para ver si funciona, antes de que el medicamento que usted desea tomar tenga cobertura para usted. O bien, pueden existir límites en la cantidad del medicamento (cantidad de píldoras, etc.) que se cubre durante un periodo de tiempo en particular. En algunos casos, tal vez desee que eliminemos la restricción.

Hay cosas que usted puede hacer si su medicamento no tiene la cobertura que desea.

- Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si tiene restricciones, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.

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

Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está 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 tiene algún tipo de restricción, puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro temporario del medicamento (solo los miembros en ciertas circunstancias pueden obtener un suministro temporario). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o presentar una solicitud para que cubramos el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedir al plan que cubra el medicamento o le quite las restricciones al medicamento cubierto.

Puede obtener un suministro temporario

En determinadas circunstancias, el plan puede ofrecerle un suministro temporal de un medicamento cuando este no se encuentre en la Lista de medicamentos o cuando tenga alguna restricción. Al hacer esto, usted gana tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué debe hacer.

Para reunir las condiciones para recibir un suministro temporario, debe cumplir estos dos requisitos:

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

- El medicamento que estuvo tomando **ya no está en la Lista de medicamentos del plan**.
- -- O bien -- el medicamento que estuvo tomando **ahora tiene algún tipo de restricción** (en la Sección 4 de este capítulo se detallan las restricciones).

2. Su situación debe ser alguna de las descritas a continuación:

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estaban en el plan el año pasado:**

Cubriremos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en el plan si usted era nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si ya estaba en el plan el año pasado**. Este suministro temporal del medicamento será por un máximo de 30 días (o 31 días para la atención a largo plazo [LTC]). Si su receta indica una cantidad menor de días, permitiremos que abastezca la receta varias veces hasta completar un máximo de 30 días medicamento (o 31 días para la LTC) de suministro del medicamento. La receta debe abastecerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede suministrarle el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio).

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

- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días, residen en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro por 31 días de un medicamento determinado, o menos si su receta indica menos días. Esto se suma al suministro temporal indicado arriba.
- **Para los miembros que han estado en el plan por más de 90 días, experimentan un cambio en el nivel de atención y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro por 30 días en una farmacia minorista o por 31 días en una farmacia de LTC, a menos que su receta indique menos días, cuando experimente un cambio en el nivel de atención. Esto incluye la transferencia de un ambiente de tratamiento al otro. Esto se suma a todos los demás suministros de transición. Un ejemplo de un cambio en el nivel de atención es el siguiente: un paciente es dado de alta del hospital.

Para pedir un suministro temporario, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Mientras obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por uno que cubra nuestro plan o solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que toma. Las secciones que figuran a continuación le brindan más información sobre estas opciones.

Puede cambiarlo por otro medicamento

Primero hable con su proveedor. Quizás exista un medicamento cubierto diferente en nuestro plan que pueda servirle. Puede llamar a Servicio para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a que encuentre un medicamento cubierto que le sirva a usted. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría. Si su proveedor afirma que usted cuenta con razones médicas que justifican el pedido de una excepción, este puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma. Por ejemplo, puede solicitar a nuestro plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O bien, puede solicitar a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 podrá obtener información sobre cómo hacerlo. Se explican los procedimientos y los plazos estipulados por Medicare para garantizar que su solicitud se gestione rápida y justamente.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si su cobertura cambia para alguno de sus medicamentos?****Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año**

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurren a comienzos de año (el 1.º de enero). Sin embargo, durante el año, nuestro plan puede realizar cambios a la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan puede:

- **Agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos.** Tener disponibles medicamentos nuevos, incluidos los medicamentos genéricos. Quizás el gobierno aprobó un uso nuevo de un medicamento ya existente. A veces, se retira del mercado un medicamento, y decidimos no cubrirlo. O bien, retiramos un medicamento de la lista debido a que se ha descubierto que no es efectivo.
- **Cambiar un medicamento a un nivel de distribución de costos superior o inferior.**
- **Agregar o quitar una restricción a la cobertura de un medicamento** (para obtener más información sobre las restricciones a la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está tomando?**Información sobre los cambios a la cobertura de un medicamento**

Cuando ocurren cambios a la Lista de medicamentos durante el año, publicamos información en nuestro sitio web sobre estos cambios. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea en forma programada regularmente para incluir todos los cambios que hayan ocurrido después de la última actualización. Abajo indicamos los momentos en lo que recibirá un aviso directo si se realizan cambios a un medicamento que esté tomando. También puede llamar a Servicios para Miembros para obtener más información (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Los cambios en la cobertura de su medicamento lo afectan enseguida?

Los cambios que pueden afectarlo este año: En los siguientes casos, usted estará afectado por los cambios en la cobertura durante el año en curso:

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

- **Un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de distribución de costos o añadimos nuevas restricciones al medicamento de marca)**
 - Si un medicamento de marca que está tomando se reemplaza por un medicamento genérico, el plan debe notificárselo con un mínimo de 30 días de anticipación o proporcionarle un reabastecimiento de 30 días (o 31 días para un centro de atención a largo plazo [LTC]) de su medicamento de marca en una farmacia de la red.
 - Durante este periodo de 30 días, deberá trabajar con su proveedor para cambiar su medicamento por un genérico u otro diferente que cubramos.
 - O bien, usted o el emisor de la receta pueden solicitar al plan que realice una excepción y continúe cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*).
- **Se retiran del mercado medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - De vez en cuando, es posible que se retire del mercado un medicamento porque se descubre que no es seguro o que se saque del mercado por otras razones. Si esto ocurre, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando un medicamento, le informaremos este cambio inmediatamente.
 - El emisor de la receta también sabrá de este cambio, y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios después de que haya empezado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podremos hacer cambios basados en las advertencias de la FDA o nuevas directrices clínicas reconocidas por Medicare. Le notificaremos con un mínimo de 30 días de anticipación o proporcionarle un reabastecimiento de 30 días (o 31 días para un centro de atención a largo plazo [LTC]) del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Durante este periodo de 30 días, deberá trabajar con el emisor de la receta para cambiar su medicamento por un otro diferente que cubramos.
 - O bien, usted o el emisor de la receta pueden solicitarnos que realicemos una excepción y continuemos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o un reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*).

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

Cambios a los medicamentos de la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que están tomando el medicamento actualmente: Para los cambios a la Lista de medicamentos que no se describen arriba, si está tomando el medicamento actualmente, los siguientes tipos de cambio no lo afectará hasta el 1.º de enero del siguiente año si permanece en el plan:

- Si cambiamos su medicamento a un nivel de distribución de costos más alto
- Si establecemos una nueva restricción para el uso del medicamento
- Si quitamos su medicamento de la Lista de medicamentos

Si hay alguno de estos cambios con el medicamento que está tomando (pero no debido a que se lo retire del mercado, al reemplazo de un medicamento genérico por uno de marca o a otro cambio indicado en las secciones), el cambio no afectará su uso o la parte que usted paga del costo hasta el 1.º de enero del siguiente año. Hasta esa fecha, usted probablemente no verá ningún incremento en los pagos ni ninguna restricción agregada para el uso del medicamento. No recibirá ningún aviso directo este año sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, los cambios lo afectarán el 1.º de enero del año siguiente y es importante verificar la Lista de medicamentos del año siguiente para consultar los cambios a los medicamentos.

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

Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura
--------------------	--

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

No pagaremos los medicamentos que estén enumerados en esta sección. La única excepción: si se comprueba en una apelación que el medicamento requerido no está excluido en la Parte D y deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, consulte el Capítulo 9, Sección 7.5 de este folleto). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

Aquí presentamos tres normas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento adquirido fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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

- En general, nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de lo indicado en la etiqueta. El “uso fuera de lo indicado en la etiqueta” es el uso del medicamento para fines distintos de los indicados en la etiqueta del medicamento, según lo aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos.
 - Generalmente, la cobertura del “uso no habitual” está permitida solo cuando el uso está justificado por ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son la American Hospital Formulary Service Drug Information y el sistema de información DRUGDEX. En caso de cáncer, el National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si su uso no está justificado por ninguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir su “uso no habitual”.

Además, según la ley, las siguientes categorías de medicamentos no tienen cobertura de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de TennCare (Medicaid). Consulte su Lista de medicamentos de TennCare (Medicaid) para ver si alguno de los siguientes medicamentos tiene cobertura:

- Medicamentos no recetados (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos que se utilizan para favorecer la fertilidad
- Medicamentos que se utilizan para el alivio de la tos o de los síntomas del resfrío
- Medicamentos que se utilizan con fines cosméticos o para favorecer el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales recetados, salvo las vitaminas prenatales y los preparados de fluoruro
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la anorexia, para bajar de peso o aumentar de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, cuando el fabricante, como condición de venta, solicite que le compren a él exclusivamente las pruebas asociadas o los servicios de control

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

SECCIÓN 8 Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando abastece una receta

Sección 8.1 Muestre su tarjeta de membresía

Para abastecer una receta, muestre su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. (Para el abastecimiento de recetas de medicamentos cubiertos por TennCare [Medicaid], deberá mostrar su tarjeta de TennCare [Medicaid]). Al mostrar su tarjeta de membresía del plan, la farmacia de la red automáticamente facturará al plan por nuestra parte del costo de su medicamento recetado cubierto. Tendrá que pagar *su* participación en el costo a la farmacia al buscar su receta.

Sección 8.2 ¿Qué debe hacer si no tiene su tarjeta de membresía en ese momento?

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan consigo cuando abastece la receta, solicite a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar todo el costo de la receta cuando la busque.** (Después puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso por parte del plan).

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

Sección 9.1 ¿Qué ocurre si usted está en un hospital o centro de enfermería especializada por una internación que está cubierta por el plan?

Si usted se encuentra en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía cubierta por nuestro plan, habitualmente cubrimos los costos de los medicamentos recetados que utilice durante la estadía. Una vez que usted se vaya del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan le brindará cobertura para los medicamentos, siempre que cumplan con todas las normas de la cobertura. Consulte las partes anteriores de esta sección que lo informan sobre las normas para obtener una cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (*Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) le brinda más información sobre la cobertura de medicamentos y sobre lo que usted paga.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 9.2 ¿Qué ocurre si es un residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?**

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un hogar de ancianos) cuenta con su propia farmacia o con alguna que le suministra los medicamentos a todos sus pacientes. Si usted es un residente de un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos recetados a través de su farmacia siempre y cuando esta sea de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo forma parte de nuestra red. Si no lo fuera, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si es un residente de un centro de atención a largo plazo (LTC) y se convierte en un nuevo miembro del plan?

Si usted necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, el plan le cubrirá un **suministro temporario** del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será por un máximo de 31 días, o menos, si su receta indica menos días. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede suministrarle el medicamento en cantidades más pequeñas por vez para evitar el desperdicio). Si usted ha sido miembro de nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o si nuestro plan tiene alguna restricción con respecto a su cobertura, le cubriremos un suministro por 31 días, o menos si en su receta figuran menos días.

Mientras obtenga el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué debe hacer cuando se termine el suministro temporal. Quizás exista un medicamento cubierto diferente en nuestro plan que pueda servirle. O usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento del modo en que a usted le gustaría. Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 podrá obtener información sobre cómo hacerlo.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si se encuentra recibiendo atención para enfermos terminales certificada por Medicare?

Los medicamentos nunca tienen cobertura del programa de atención para enfermos terminales y de nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un programa de atención para enfermos terminales de Medicare y requiere medicamentos antináuseas, laxantes, analgésicos o para tratar la ansiedad que no estén cubiertos por el programa porque no están relacionados con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que emite la receta o del proveedor en la que se indique que el medicamento no está relacionado con su enfermedad o afecciones para que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar demoras en la recepción de cualquier medicamento no relacionado que debería estar cubierto por nuestro plan, puede solicitarle al proveedor de atención para enfermos terminales o al profesional

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

que emite la receta que recuerden tener la notificación que indique que el medicamento no está relacionado antes de solicitarle a la farmacia que abastezca su receta.

En el caso de que cancele su elección del programa de atención para enfermos terminales o de que le den el alta de dicho programa, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para impedir cualquier demora en una farmacia cuando finalicen los beneficios del programa de atención para enfermos terminales de Medicare, deberá llevar consigo la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta. Consulte las partes anteriores de esta sección que lo informan sobre las normas para obtener una cobertura de medicamentos con la Parte D. En el Capítulo 6 (*Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga.

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y administración de medicamentos

Sección 10.1	Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos con seguridad
---------------------	--

Realizamos evaluaciones del uso de los medicamentos para nuestros miembros a fin de garantizar que estén recibiendo una atención segura y apropiada. Estas evaluaciones son especialmente importantes para los miembros que tengan más de un proveedor que receta los medicamentos.

Realizamos una evaluación cada vez que usted abastece una receta. También revisamos nuestros registros con regularidad. Durante estas evaluaciones, buscamos problemas potenciales como por ejemplo:

- Posibles errores en la medicación.
- Medicamentos que no sean necesarios porque usted está tomando otro que trata la misma afección médica.
- Medicamentos que no sean seguros o apropiados debido a su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían ser peligrosas si las toma al mismo tiempo.
- Recetas con medicamentos que contienen principios a los que usted sea alérgico.
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando.

Si observamos un problema potencial en el uso que usted hace de los medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Capítulo 5. Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D**Sección 10.2 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos opioides con seguridad**

Tenemos un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros usen con seguridad sus medicamentos opioides recetados, u otros medicamentos de los que frecuentemente se abusa. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usted utiliza medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea el adecuado y médicamente necesario. Junto con sus médicos, si decidimos que corre el riesgo de hacer un mal uso o de abusar su consumo de medicamentos opioides o con benzodiazepina, tal vez limitemos su acceso a dichos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o con benzodiazepina de una misma farmacia
- Requerirle que obtenga todas sus recetas para medicamentos opioides o con benzodiazepina de un mismo médico
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepina que le cubriremos

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se deberían aplicar a usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique los términos de las limitaciones que nosotros consideramos que se deberían aplicar a usted. También tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias son de su preferencia. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abusar del consumo de medicamentos recetados o con la limitación, usted y el emisor de la receta tiene derecho a solicitar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique a usted si tiene determinadas afecciones médicas, tales como cáncer, o si está recibiendo atención en un centro para enfermos terminales o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros padecen varias enfermedades, toman diferentes medicamentos a la vez y tienen costos altos en medicamentos.

Este programa es voluntario y gratuito para los miembros. Un grupo de farmacéuticos y médicos lo desarrolló para nosotros. Este programa puede servir para garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que consumen. Nuestro programa se llama Administración de Terapia con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Es posible que algunos miembros que toman medicamentos para varias afecciones médicas puedan

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

recibir servicios por medio de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor forma de tomar los medicamentos, los costos y sobre cualquier problema o pregunta que tenga acerca de sus medicamentos recetados y de venta libre. Obtendrá un resumen escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que recomienda lo que usted puede hacer para aprovechar mejor sus medicamentos, con espacio para tomar notas o escribir cualquier pregunta de seguimiento. También obtendrá una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando y el motivo por el que los está tomando.

Es buena idea tener la evaluación de medicamentos antes de su visita de “bienestar” anual, para que pueda hablar con su médico sobre el plan de acción y la Lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su Lista de medicamentos a la consulta y cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También lleve consigo su Lista de medicamentos (por ejemplo, junto con su identificación) por si ingresa a un hospital o a una sala de emergencias.

Si contamos con un programa acorde a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y retiraremos su participación en el programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, póngase en contacto con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

CAPÍTULO 6

*Cuánto paga por sus medicamentos
recetados de la Parte D*

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1	Introducción.....	129
Sección 1.1	Utilice este capítulo y otra documentación que explique la cobertura de sus medicamentos.....	129
Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo en los que puede incurrir al recibir servicios cubiertos	130
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando recibe el medicamento.....	130
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de BlueCare Plus?	130
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos por sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra.....	131
Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)	131
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	132
SECCIÓN 4	Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	133
Sección 4.1	Usted permanece en la etapa de deducible hasta pagar \$415 por sus medicamentos	133
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	133
Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde abastezca su receta.....	133
Sección 5.2	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento durante un <i>mes</i>	134
Sección 5.3	Si su médico prescribe un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero.....	137
Sección 5.4	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días)	138
Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen los \$5,100	139
Sección 5.6	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para los medicamentos recetados	140

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 6	No hay etapa sin cobertura para BlueCare Plus.....	142
Sección 6.1	No hay una etapa sin cobertura para los medicamentos de la Parte D	142
SECCIÓN 7	Durante la etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos.....	142
Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en caso de catástrofe, usted permanecerá en esta etapa por el resto del año	142
SECCIÓN 8	Información de beneficios adicionales.....	143
Sección 8.1	Nuestro plan ofrece beneficios adicionales	143
SECCIÓN 9	Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene.....	143
Sección 9.1	Nuestro plan puede contar con una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna.....	143
Sección 9.2	Le aconsejamos que llame a Servicios para Miembros antes de vacunarse	145



¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Dado que es elegible para TennCare (Medicaid), usted reúne los requisitos para obtener “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare, y la obtiene, para pagar los costos del plan de medicamentos recetados. Al estar inscripto en el programa de “Ayuda Extra” (Extra Help), **es posible que parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D* no le corresponda.** Le enviamos un folleto adicional denominado “Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que obtienen ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (denominado también la “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le explica la cobertura de los medicamentos. Si no recibe este folleto, llame a Servicios para Miembros y solicite la “Cláusula Adicional LIS”. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Utilice este capítulo y otra documentación que explique la cobertura de sus medicamentos
--------------------	---

Este capítulo se centra en cuánto paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar, utilizaremos “medicamentos” en este capítulo para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Según se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; por ley, algunos están excluidos de la cobertura de la Parte D. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por las partes A o B de Medicare.

Para entender la información de pago que le brindamos en este Capítulo, debe saber lo básico sobre qué medicamentos se cubren, dónde abastecer sus recetas y qué normas debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. A continuación encontrará material que explica las cuestiones básicas.

- **La *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan.*** Para simplificar, la llamamos la “Lista de medicamentos”.
 - Esta Lista de medicamentos le informa qué medicamentos tienen cobertura para usted.
 - También le informa en cuál de los 5 “niveles de distribución de costos” está el medicamento y si hay alguna restricción en la cobertura del medicamento.
 - Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). También puede obtener la Lista de medicamentos en nuestro sitio web en bluecareplus.bcbst.com. La Lista de medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- **Capítulo 5 de este folleto.** En el Capítulo 5 se explica su cobertura de medicamentos recetados y las normas que debe seguir para obtener sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 también se informa sobre los tipos de medicamentos recetados que nuestro plan no cubre.
- **El Directorio de Farmacias del plan.** En la mayoría de las situaciones debe usar una farmacia de la red para recibir sus medicamentos cubiertos (ver Capítulo 5 para obtener más detalles). El *Directorio de farmacias* contiene una lista de farmacias que pertenecen a la red del plan. También le explica qué farmacias en nuestra red pueden darle un suministro a largo plazo de un medicamento (como el abastecimiento de una receta para un suministro de tres meses).

Sección 1.2	Tipos de gastos de bolsillo en los que puede incurrir al recibir servicios cubiertos
--------------------	---

Para entender la información sobre los pagos que le damos en este Capítulo, necesita conocer los tipos de costos de bolsillo que posiblemente pague por los servicios cubiertos. El monto que usted paga por un medicamento se llama “distribución de costos” y se le podrá solicitar que pague de tres maneras.

- El “**deducible**” es el monto que usted debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- “**Copago**” significa que usted paga un monto fijo cada vez que abastece una receta.
- “**Coseguro**” significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que abastece una receta.

SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la “etapa de pago del medicamento” en la que se encuentre cuando recibe el medicamento
------------------	---

Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de BlueCare Plus?
--------------------	---

Como se muestra en la siguiente tabla, existen “etapas de pago del medicamento” para la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, según BlueCare Plus. Cuánto paga por un medicamento depende de la etapa en la que usted esté cuando obtiene el abastecimiento o el reabastecimiento de una receta.

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Etapa 1 <i>Etapa de deducible anual</i>	Etapa 2 <i>Etapa de cobertura inicial</i>	Etapa 3 <i>Etapa sin cobertura</i>	Etapa 4 <i>Etapa de cobertura en caso de catástrofe</i>
<p>Debido a que no existe deducible para el plan, esta etapa del plan no se aplica a usted.</p> <p>Si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no se aplica a usted.</p>	<p>Esta etapa comienza cuando abastece su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo.</p> <p>Usted permanecerá en esta etapa hasta que sus “gastos de bolsillo” anuales hasta la fecha (sus pagos) alcancen los \$5,100.</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 5 de este Capítulo).</p>	<p>Debido a que no hay una brecha de cobertura para el plan, esta etapa del plan no se aplica a usted.</p>	<p>Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte de los costos de sus medicamentos por el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019).</p> <p>(Los detalles figuran en la Sección 7 de este Capítulo).</p>

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

Sección 3.1	Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)
--------------------	---

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha efectuado cuando abastece o reabastece las recetas en la farmacia. De este modo, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a otra. En particular, existen dos tipos de costos a los que les realizamos el seguimiento:

- Realizamos un seguimiento de lo que ha pagado. Esto se denomina gasto “**de bolsillo**”.
- Llevamos un registro de sus “**costos totales de medicamentos**”. Este es el monto que paga en forma adicional o que otros pagan en su nombre más el monto pagado por el plan.

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nuestro plan preparará un informe escrito denominado *Explicación de Beneficios de la Parte D* (a veces se denomina “EOB de la Parte D”) cuando usted surte una o más recetas a través del plan durante el mes anterior. Incluyen:

- **Información de ese mes.** Este informe le ofrece los detalles de pago sobre las recetas que usted abasteció durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, qué pagó el plan y qué pagó usted u otras personas en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “anual hasta la fecha”. Muestra los costos totales de medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos
--------------------	---

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por ellos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le presentamos cómo nos puede ayudar a mantener actualizada y correcta la información sobre usted:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando se le surte una receta.** Para garantizar que tengamos información sobre las recetas que abastece y lo que está pagando, muestre la tarjeta de membresía de su plan cada vez que abastezca una receta.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En algunas ocasiones, es posible que deba pagar los medicamentos recetados cuando no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que adquirió. (Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague su parte del costo. Si desea obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, consulte el Capítulo 7, Sección 2, de este folleto). Aquí le presentamos algunas situaciones en que podemos necesitar que nos entregue copias de los recibos de sus medicamentos para asegurarnos de que contamos con un registro completo de lo que gastó en sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no sea parte de los beneficios de nuestro plan
 - Cuando usted ha hecho un copago por medicamentos suministrados dentro de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos
 - Cada vez que adquiere medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales
- **Envíenos información sobre los pagos que otros hicieron por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se aplican al cálculo de sus gastos de bolsillo y lo ayudan a reunir los requisitos para la cobertura en caso de catástrofe. Por ejemplo, los pagos realizados en el marco de un programa de asistencia de medicamentos

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

para tratar el SIDA (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las instituciones benéficas se aplican al cálculo de sus gastos de bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos realizar un seguimiento de sus costos.

- **Controle el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) por correo, verifique que la información esté completa y sea correcta. Si piensa que falta algo en el informe, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). Asegúrese de conservar estos informes. Constituyen un registro importante de sus gastos en medicamentos.

SECCIÓN 4 No hay ningún deducible para BlueCare Plus

Sección 4.1	No debe pagar ningún deducible por los medicamentos de la Parte D
--------------------	--

No hay ningún deducible para BlueCare Plus. Usted comienza en la Etapa de cobertura inicial cuando abastece su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento dependerá del medicamento y de la farmacia donde abastezca su receta
--------------------	--

Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos recetados cubiertos, y usted paga su parte (el monto de su copago o coseguro). La parte del costo que pague variará según el medicamento y dónde abastezca su receta.

El plan tiene cinco niveles de distribución de costos

Cada medicamento que figura en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en uno de los cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el número del nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento:

- Nivel de costo 1: Medicamentos genéricos preferidos (nivel más bajo de distribución de costos)
- Nivel de costo 2: Medicamentos genéricos
- Nivel de costo 3: Medicamentos de marca preferidos
- Nivel de costo 4: Medicamentos no preferidos
- Nivel de costo 5: Medicamentos especiales (nivel más alto de distribución de costos)

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Para saber en cuál nivel de distribución de costos se encuentra su medicamento, busque en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones en cuanto a farmacias

Lo que pague por un medicamento depende de dónde obtiene el medicamento:

- Una farmacia minorista que esté en la red de nuestro plan
- Una farmacia que no esté en la red del plan
- La farmacia de venta por correo del plan

Si desea obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 de este folleto y el *Directorio de farmacias* del plan.

Sección 5.2	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento durante un mes
--------------------	--

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

- **“Copago”** significa que usted paga un monto fijo cada vez que abastece una receta.
- **“Coseguro”** significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que abastece una receta.

Tal como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o coseguro depende del nivel de distribución de costos en el que está su medicamento. Tenga en cuenta lo siguiente:

- Si el precio del medicamento cubierto es inferior al monto de copago que figura en el cuadro, usted pagará el monto más bajo por el medicamento. Usted paga el precio total del medicamento *o* el monto de copago, *el que sea menor*.
- Brindamos cobertura para recetas abastecidas en farmacias fuera de la red solo en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información acerca de las circunstancias en las que cubriremos una receta abastecida en una farmacia fuera de la red.

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D**Su parte del costo cuando obtiene un suministro de *un mes* de un medicamento recetado cubierto de la Parte D:**

Nivel	Distribución de costos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de ventas por correo (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos para atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada en algunas situaciones; vea el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro de hasta 14 días)
Distribución de costos Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0.00 a \$3.40 de copago	\$0.00 a \$3.40 de copago	\$0.00 a \$3.40 de copago	\$0.00 a \$3.40 de copago
El monto que usted paga está determinado por la receta cubierta de la Parte D y su cobertura del subsidio por bajos ingresos. Consulte <i>Cláusula Adicional LIS</i> para obtener el monto específico que debe pagar.				
Distribución de costos Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$0.00 a \$3.40 de copago	\$0.00 a \$3.40 de copago	\$0.00 a \$3.40 de copago	\$0.00 a \$3.40 de copago
El monto que usted paga está determinado por la receta cubierta de la Parte D y su cobertura del subsidio por bajos ingresos. Consulte <i>Cláusula Adicional LIS</i> para obtener el monto específico que debe pagar.				

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Distribución de costos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de ventas por correo (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos para atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada en algunas situaciones; vea el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro de hasta 14 días)
Distribución de costos Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos) El monto que usted paga está determinado por la receta cubierta de la Parte D y su cobertura del subsidio por bajos ingresos. Consulte <i>Cláusula Adicional LIS</i> para obtener el monto específico que debe pagar.	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago
Distribución de costos Nivel 4 (Medicamentos no preferidos) El monto que usted paga está determinado por la receta cubierta de la Parte D y su cobertura del subsidio por bajos ingresos. Consulte <i>Cláusula Adicional LIS</i> para obtener el monto específico que debe pagar.	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Distribución de costos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de ventas por correo (suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos para atención a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Distribución de costos fuera de la red (La cobertura está limitada en algunas situaciones; vea el Capítulo 5 para obtener detalles). (suministro de hasta 14 días)
Distribución de costos Nivel 5 (Medicamentos especiales)	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago
El monto que usted paga está determinado por la receta cubierta de la Parte D y su cobertura del subsidio por bajos ingresos. Consulte <i>Cláusula Adicional LIS</i> para obtener el monto específico que debe pagar.				

Sección 5.3 Si su médico prescribe un suministro de menos de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero

En general, el monto que usted paga por un medicamento recetado cubierto alcanza para cubrir el suministro de un mes de dicho medicamento. Sin embargo, su médico puede hacerle una receta por menos de un mes de suministro del medicamento. Es posible que haya momentos en que quiera solicitar a su médico que le recete un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando toma un medicamento por primera vez conocido por tener efectos secundarios graves). Si su médico prescribe un suministro de menos de un mes completo, usted no tendrá que pagar el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

El monto que paga cuando adquiere un suministro de menos de un mes entero depende de si tiene a su cargo el pago del coseguro (un porcentaje del costo total) o de un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted tiene a su cargo el pago de un coseguro, usted paga un *porcentaje* del costo total del medicamento. Usted paga el mismo porcentaje, independientemente de si la receta es

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

por un suministro para un mes completo o por menos días. Sin embargo, como el costo total del medicamento será más bajo si adquiere un suministro para menos de un mes entero, el *monto* que pagará será menor.

- Si debe abonar un copago por el medicamento, su copago se basará en la cantidad de días de suministro del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la “tasa diaria de distribución de costos”) y la multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.
 - A continuación un ejemplo: supongamos que el copago por un mes completo de suministro (30 días) de su medicamento es \$30. Esto significa que el monto que paga por día por su medicamento es \$1. Si usted recibe un suministro por 7 días de un medicamento, el pago se calculará multiplicando \$1 por 7 días, lo que da como resultado un pago total de \$7.

La distribución de costos diaria le permite asegurarse de que un medicamento funcione para usted antes de tener que pagar el suministro para todo un mes. Puede solicitarle a su médico que le recete (y a su farmacéutico que le dispense) un suministro de uno o varios medicamentos menor al que correspondería a un mes completo, si esto le simplifica la planificación de sus fechas de reabastecimiento de recetas diferentes, de manera que no tenga que ir tantas veces a la farmacia. El monto que paga dependerá de la cantidad de días de suministro que reciba.

Sección 5.4	Esta tabla muestra sus costos para el suministro de un medicamento a <i>largo plazo</i> (hasta 90 días)
--------------------	--

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) cuando abastece su receta. El suministro a largo plazo es de hasta 90 días. (Si desea obtener detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5).

La siguiente tabla muestra lo que tiene que pagar cuando obtiene el suministro de un medicamento a largo plazo (hasta 90 días).

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a largo plazo de un medicamento recetado de la Parte D con cobertura:

Nivel	Distribución de costos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 90 días)	Distribución de costos de ventas por correo (suministro de hasta 90 días)
Distribución de costos Nivel 1 (Medicamentos genéricos preferidos)	\$0.00 a \$3.40 de copago	\$0.00 a \$3.40 de copago
Distribución de costos Nivel 2 (Medicamentos genéricos)	\$0.00 a \$3.40 de copago	\$0.00 a \$3.40 de copago
Distribución de costos Nivel 3 (Medicamentos de marca preferidos)	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago
Distribución de costos Nivel 4 (Medicamentos no preferidos)	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago
Distribución de costos Nivel 5 (Medicamentos especiales)	\$0.00 a \$8.50 de copago	\$0.00 a \$8.50 de copago

<p>Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen los \$5,100</p>

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$5,100. Medicare cuenta con normas sobre lo que se considera y *no* se considera gastos de bolsillo. (Consulte la Sección 5.6 para obtener más información sobre la manera en que Medicare calcula sus gastos de bolsillo). Cuando alcance un límite de bolsillo de \$5,100, usted saldrá de la brecha de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

La *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos lo ayudará a llevar un registro de lo que gastaron usted y el plan (así como los terceros en su nombre) durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$5,100 en un año.

Le informaremos si alcanza el monto de \$5,100. Si usted llega a este monto, saldrá de la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Sección 5.6	Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo para los medicamentos recetados
--------------------	---

Medicare cuenta con normas sobre lo que se considera y *no* se considera gastos de bolsillo. Cuando alcance un límite de bolsillo de \$5,100, usted saldrá de la etapa de cobertura inicial y pasará a la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Aquí le presentamos las normas de Medicare que debemos seguir cuando llevamos un registro de los costos de bolsillo para sus medicamentos.

Estos pagos están incluidos en sus costos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, **uede incluir** los pagos que se enumeran a continuación (siempre que correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y que usted haya cumplido con las normas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que usted paga por los medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que realice durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan

Lo que importa es quién paga:

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los hacen **ciertas personas u organizaciones en su nombre**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las instituciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para tratar el sida o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare también están incluidos.

Pasar a la etapa de cobertura en caso de catástrofe:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya gastado un total de \$5,100 de gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

Estos pagos no están incluidos en sus costos de bolsillo

Cuando sume sus costos de bolsillo, usted **no está autorizado a incluir** ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que nuestro plan no cubre.
- Los medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos cubiertos por TennCare (Medicaid) únicamente.
- Los medicamentos que no sean de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados de la Parte A o de la Parte B, y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos efectuados por medicamentos recetados, que normalmente no están cubiertos por el plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Los pagos que efectúe el plan por sus medicamentos genéricos o de marca durante la etapa sin cobertura.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen los planes de salud de grupo, incluidos los de los planes de salud de su empleador.
- Los pagos por sus medicamentos que realicen ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs).
- Los pagos por sus medicamentos que realice un tercero con la obligación legal de pagar los costos de las recetas (por ejemplo, compensación para trabajadores).

Recordatorio: si alguna organización como las que se enumeran arriba paga parte los costos de bolsillo o la totalidad de este por sus medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo a nuestro plan. Llame a Servicios para Miembros para hacérselo saber (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de bolsillo?

- **Lo ayudaremos.** El informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (EOB de la Parte D) que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (la Sección 3 de este capítulo incluye datos sobre este informe). Cuando alcance un total de \$5,100 en gastos de bolsillo para el año, este informe le dirá que ha dejado la etapa de cobertura inicial y que ha pasado a la etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Asegúrese de que contemos con la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se le informa lo que puede hacer para ayudarnos a que los registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 6 No hay etapa sin cobertura para BlueCare Plus

Sección 6.1	No hay una etapa sin cobertura para los medicamentos de la Parte D
--------------------	---

No hay etapa sin cobertura para BlueCare Plus. Una vez que deja la etapa de cobertura inicial, pasa directamente a la etapa de cobertura en caso de catástrofe. Consulte la Sección 7 para obtener información sobre su cobertura en la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura en caso de catástrofe, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1	Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en caso de catástrofe, usted permanecerá en esta etapa por el resto del año
--------------------	--

Usted califica para la etapa de cobertura en caso de catástrofe cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$5,100 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura en caso de catástrofe, permanecerá en esta etapa por lo que resta del año calendario.

Si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) para pagar sus medicamentos recetados, sus costos por los medicamentos cubiertos dependerán del nivel de “Ayuda Extra” (Extra Help) que reciba. Durante esta etapa, su parte del costo por un medicamento cubierto será:

- \$0; *o bien*
- Un coseguro o un copago, el monto que sea *mayor*:
 - – *ya sea* – un coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – *o bien* – \$3.40 por un medicamento genérico o un medicamento que sea tratado como tal y \$8.50 para todos los demás medicamentos.
 - **Nuestro plan paga el resto** del costo.

Eche un vistazo al folleto adicional (el “LIS Rider”) para obtener información sobre sus costos durante la etapa de cobertura en caso de catástrofe.

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

Sección 8.1 Nuestro plan ofrece beneficios adicionales

1. Se cubrirá la cancelación del suministro anual de hasta 90 días de los medicamentos de mantenimiento por vacaciones. En el caso de medicamentos robados se exigirá un reporte policial antes de la anulación.
2. La cobertura de medicamentos compuestos solo se brinda para adquirir medicamentos para Terapia de infusión. Medicare debe cubrir los ingredientes, y la FDA debe haberlos aprobado para esa indicación.
3. Los medicamentos especiales del Nivel 5 solo tendrán cobertura para un suministro de hasta 30 días.
4. Suministros para pruebas de diabetes cubiertos por la Parte B: Los productos Contour NEXT ONE de Ascensia y Lifescan OneTouch de Johnson & Johnson son marcas preferidas. Todas las demás marcas no tienen cobertura sin una autorización previa. Un máximo de 90 días de suministro, en el que se incluyen hasta 300 tiras reactivas cada 90 días (100 por mes), está disponible en farmacias minoristas o de venta por correo. En el caso de miembros nuevos, se aplicará una transición de 30 días.

SECCIÓN 9 Lo que usted paga por las vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las obtiene

Sección 9.1 Nuestro plan puede contar con una cobertura separada para el medicamento de la vacuna de la Parte D y para el costo de colocación de la vacuna

Nuestro plan ofrece cobertura para diversas vacunas de la Parte D. También cubrimos las vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios, Capítulo 4, Sección 2.1.

Existen dos partes en nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo del **medicamento de la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de **aplicarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la “administración” de la vacuna).

¿Cuánto paga por una vacuna de la Parte D?

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

1. **El tipo de vacuna** (para qué se vacuna).

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede averiguar sobre la cobertura de estas vacunas en el *Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto)* del Capítulo 4.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. Dónde obtiene la vacuna.**3. Quién le coloca la vacuna.**

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

- A veces, cuando se le aplique la vacuna, deberá pagar el costo total por el medicamento de la vacuna y por la aplicación de esta. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse su parte del costo.
- Otras veces, cuando obtenga la medicación de la vacuna o se la coloque tendrá que pagar únicamente su parte del costo.

Para mostrarle cómo funciona, aquí le presentamos tres modos comunes en los que puede obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la colocan en la farmacia de la red. (Tener esta opción dependerá del lugar en donde viva. Algunos estados no les permiten a las farmacias que coloquen una vacuna).

- Usted deberá pagar a la farmacia el monto de su copago para la vacuna y la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtenga la vacuna, usted paga el costo total de la vacuna y su administración.
- Luego, puede pedirle a nuestro plan que le reembolse la parte del costo, utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*).
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal correspondiente a la vacuna (incluida la administración), menos la diferencia que haya entre el monto que cobra el doctor y lo que nosotros pagamos normalmente. (Si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help), le reembolsaremos esta diferencia).

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

Capítulo 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Deberá pagarle a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
- Cuando su médico le aplica la vacuna, usted paga el costo total por este servicio. Luego, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo, utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
- Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por administrarle la vacuna.

A continuación se mencionan un par de ejemplos de vacunas cubiertas por la Parte D de este plan:

- Vacuna contra TDAP (tétanos, difteria y tos ferina [tos convulsa])
- Zostavax (culebrilla)

Sección 9.2	Le aconsejamos que llame a Servicios para Miembros antes de vacunarse
--------------------	--

Las normas para la cobertura de las vacunas son complicadas. Estamos aquí para ayudarlo. Le recomendamos que nos llame primero a Servicios para Miembros cuando planifique obtener una vacuna. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

- Le podremos informar cómo nuestro plan cubre su vacuna y explicarle su parte del costo.
- Si no puede utilizar un proveedor o una farmacia de la red, le podremos informar acerca de lo que puede hacer para obtener el reembolso de nuestra parte del costo.

CAPÍTULO 7

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
recibió por los servicios médicos
o medicamentos cubiertos*

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	148
Sección 1.1	Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago	148
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido	150
Sección 2.1	Cómo y dónde enviarnos la solicitud de pago	150
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos por sí o por no	151
Sección 3.1	Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos.....	151
Sección 3.2	Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.....	152
SECCIÓN 4	Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias	152
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviar los recibos al plan para ayudarnos a llevar un registro de los costos adicionales de medicamentos	152

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos**SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos****Sección 1.1 Si paga sus servicios o medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos el pago**

Los proveedores de la red facturan directamente al plan por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, debe enviarnos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios. Si decidimos que debemos pagar, le pagaremos directamente al proveedor.

Si ya pagó los servicios o los medicamentos cubiertos por el plan, puede solicitarle al plan un reembolso (la devolución del pago se denomina “reembolso”). Usted tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero cuando ha pagado más de su participación en el costo de servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por el plan. Cuando nos envíe la factura que ya pagó, la revisaremos y decidiremos si corresponde que cubramos los servicios o los medicamentos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le reembolsaremos el pago de los servicios o los medicamentos.

Estos son ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar que nuestro plan le devuelva su dinero o que le pague una factura que usted ha recibido.

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

Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea o no parte de nuestra red. Cuando recibe atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios de un proveedor que no forma parte de nuestra red, debe solicitarle que le facture al plan.

- Si usted paga la totalidad del monto en el momento en que recibe la atención, tendrá que solicitar que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
- En ciertas ocasiones, puede recibir una factura de un proveedor que le solicita un pago que usted considera que no es su deuda. Envíenos esta factura junto con cualquier documentación que indique lo que usted ha pagado.
 - Si se le debe algo al proveedor, se lo pagaremos directamente.
 - Si usted ya ha pagado más que la parte del costo que le corresponde por el servicio, determinaremos cuánto debía pagar y le reintegraremos la parte que nosotros tenemos que pagar.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

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. Pero a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Siempre que usted reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera excesivo, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor para resolver el problema de facturación.
- Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero considera que su pago fue excesivo, envíenos la factura junto con la documentación de los pagos que realizó. Debería solicitarnos un reembolso por sus servicios cubiertos.

3. Si se inscribe en nuestro plan en forma retroactiva

A veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Retroactiva significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año anterior).

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó cualquier medicamento o servicio cubierto de su bolsillo con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentación para que nos encarguemos del reembolso. Comuníquese con el Servicio para Miembros para obtener más información sobre cómo solicitarnos un reembolso y los plazos para presentar la solicitud. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para abastecer su receta

Si usted concurre a una farmacia fuera de la red e intenta utilizar su tarjeta de membresía para que le abastezcan una receta, la farmacia no podrá presentarnos directamente la reclamación. Cuando esto ocurra, usted deberá pagar el costo total de su receta. (Solo cubrimos las recetas abastecidas en farmacias fuera de la red en algunos casos especiales. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información). Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

5. Cuando pague el costo total de una receta porque no tiene consigo su tarjeta de membresía de nuestro plan

Si no tiene consigo la tarjeta de membresía de su plan, puede solicitar a la farmacia que llame a nuestro plan o que busque su información de inscripción en nuestro plan. Sin embargo, si la farmacia no consigue la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total de la receta. Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando pague el costo total de una receta en otras circunstancias

Es posible que pague el costo total de la receta debido a que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar incluido en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* por el plan; o puede estar sujeto a un requisito o a una restricción que usted no conocía o no considera que deba aplicarse a su caso. Si desea adquirir el medicamento en el momento, deberá pagar su costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite un reembolso. En algunos casos, es probable que necesitemos que su médico nos proporcione más información a fin de reembolsarle la parte del costo del medicamento que nos corresponde.

Aceptaremos reclamos por escrito por recetas abastecidas en una farmacia fuera de la red (consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Cuando nos envía la solicitud de pago, revisamos esta solicitud y decidimos si corresponde que cubramos el servicio o el medicamento. Esto se denomina tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones sobre la cobertura, apelaciones, reclamos]*).

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos que le reembolsemos o paguemos una factura que ha recibido

Sección 2.1 Cómo y dónde enviarnos la solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y la documentación de cualquier pago que usted haya efectuado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para su información.

A fin de asegurarse de que nos ha brindado toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamación para hacer su solicitud de pago.

- No es necesario utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (bluecareplus.bcbst.com) o solicite el formulario por teléfono a Servicios para Miembros. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con toda factura o recibo a la siguiente dirección:

Solicitudes médicas:

BlueCare Plus Tennessee
ATTN: BlueCare Plus Operations
1 Cameron Hill Circle, Suite 0002
Chattanooga, TN 37402-0002

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

Solicitudes de farmacia:

BlueCross BlueShield of Tennessee
ATTN: Medicare Part D Prescription Drug Claim Request
1 Cameron Hill Circle, Suite 48
Chattanooga, TN 37402-0048

Debe enviarnos su reclamo en el plazo de un año a partir de la fecha en la que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Comuníquese con Servicio para Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono figuran en el dorso de este folleto). Si usted no sabe el monto que adeuda o si recibe facturas y no sabe qué debe hacer con ellas, podemos ayudarlo. Además, puede comunicarse con nuestro plan si desea brindarnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos haya enviado.

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y le responderemos por sí o por no

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

Al recibir su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos brinde información adicional. De lo contrario, evaluaremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos, y que usted cumplió con todas las normas para obtener la atención o el medicamento, pagaremos la parte del costo del servicio que nos corresponde. Si ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el reembolso de la parte que nos corresponde pagar por correo. Si usted aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo. (En el Capítulo 3, se explican las normas que usted debe seguir para obtener cobertura de servicios médicos. En el Capítulo 5, se explican las normas que usted debe seguir para obtener cobertura de medicamentos recetados de la Parte D).
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos y que usted *no* cumplió con todas las normas para obtener la atención o el medicamento, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En cambio, le enviaremos una carta en la que le explicaremos las razones por las que no le enviamos el pago que usted solicitó y su derecho de apelar la decisión.

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si considera que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o si está en desacuerdo con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Si la presenta, significa que nos solicita que cambiemos la decisión que hemos tomado al rechazar su pedido de pago.

Para obtener más detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto (*Qué hacer si tiene un problema o reclamo [decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos]*). El proceso de apelación es un proceso formal que consta de procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, le será de utilidad leer la Sección 5 del Capítulo 9 antes de comenzar. Esta es una sección introductoria en la que se explica el proceso de las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones. Además, brinda definiciones de términos tales como “apelación”. Una vez que haya leído esta sección, puede consultar la sección del Capítulo 9 en la cual se detalla lo que debe hacer según su situación:

- Si usted quiere presentar una apelación sobre reembolsos por servicios médicos, consulte el Capítulo 9, Sección 6.3.
- Si quiere presentar una apelación para que le devuelvan el dinero que pagó por un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 9.

SECCIÓN 4 Otras situaciones en las que debe guardar los recibos y enviarnos copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviar los recibos al plan para ayudarnos a llevar un registro de los costos adicionales de medicamentos

Existen algunas ocasiones en las que debería comunicarnos sus pagos por medicamentos. En estos casos, no nos está solicitando el pago. En cambio, usted nos estará comunicando sus pagos a fin de que podamos calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarlo a reunir los requisitos para la etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

El siguiente es un ejemplo de una situación en la que debería enviarnos las copias de los recibos para informarnos de los pagos que ha efectuado por sus medicamentos:

Cuando obtenga un medicamento a través de un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia al paciente ofrecido por un fabricante de medicamentos ajeno a los beneficios del plan. Si usted adquiere cualquier

Capítulo 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos

medicamento a través de un programa ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia al paciente.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que sus gastos de bolsillo lo ayuden a cumplir con los requisitos para la etapa de cobertura en caso de catástrofe.
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** debido a que usted obtiene su medicamento a través del programa de asistencia al paciente y no mediante los beneficios del plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, enviarnos una copia del recibo nos permite calcular correctamente sus gastos de bolsillo y puede ayudarlo a reunir los requisitos para la etapa de cobertura en caso de catástrofe con mayor rapidez.

Debido a que en la situación anterior usted no está solicitando un pago, esta situación no se considera una decisión sobre la cobertura. Por lo tanto, aunque no esté de acuerdo con nuestra decisión, no podrá presentar una apelación.

CAPÍTULO 8

Derechos y obligaciones

Capítulo 8. Derechos y obligaciones

SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan.....	156
Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de manera adecuada para usted (en idiomas que no sean el inglés o en formatos alternativos).....	156
Sección 1.2	Debemos brindarle un trato justo y respetuoso en todo momento	156
Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	157
Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud	157
Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos	158
Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	160
Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado	162
Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados?.....	162
Sección 1.9	Cómo obtener más información sobre sus derechos	163
SECCIÓN 2	Usted tiene responsabilidades como miembro de este plan	163
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	163

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de manera adecuada para usted (en idiomas que no sean el inglés o en formatos alternativos)
--------------------	---

Para obtener información de parte nuestra de una manera conveniente para usted, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personal y servicios de interpretación gratuitos, disponibles para responder las preguntas de los miembros con discapacidades y que no hablen inglés. También podemos proporcionarle información en formatos alternativos sin costo si lo necesita. Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre los beneficios del plan en forma accesible y adecuada para usted. Para obtener información de parte nuestra de una manera conveniente para usted, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) o comuníquese con el Coordinador de Cumplimiento de No Discriminación. Dirija su queja contra la discriminación a: Nondiscrimination Compliance Coordinator; c/o Manager, Operations, Member Benefits Administration; 1 Cameron Hill Circle, Suite 0019, Chattanooga, TN 37402-0019; (423) 591-9208 (fax); Nondiscrimination_OfficeGM@bcbst.com (correo electrónico).

Si tiene alguna dificultad para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, comuníquese con Servicios para Miembros para presentar una queja llamando al 1-800-332-5762, (TTY: 711). También puede presentar un reclamo con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles. La información de contacto se incluye en esta Evidencia de Cobertura o con este envío, o puede comunicarse con Servicios para Miembros para obtener más información.

Sección 1.2	Debemos brindarle un trato justo y respetuoso en todo momento
--------------------	--

Nuestro plan debe cumplir con leyes que lo protegen de la discriminación y del trato injusto. **No discriminamos** a las personas por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicios.

Si desea más información o tiene preocupaciones sobre la discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina local de Derechos Civiles.

Capítulo 8. Derechos y obligaciones

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). Si desea presentar un reclamo, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, pueden ayudarlo en Servicios para Miembros.

Sección 1.3	Debemos asegurarnos de que tenga un acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	---

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir el proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le suministre y organice los servicios cubiertos (el Capítulo 3 incluye más detalles sobre este tema). Llame al Servicio para Miembros para saber qué médicos aceptan pacientes nuevos (los números telefónicos figuran al dorso de este folleto). No está obligado a obtener una remisión para recibir atención de los proveedores de la red.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir los servicios de especialistas oportunamente y cuando usted lo necesite. Usted también tiene derecho a abastecer y reabastecer sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin largas demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un periodo razonable, en el Capítulo 9, Sección 11, de este folleto se le informa qué puede hacer. (Si hemos negado la cobertura para su atención médica o sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en el Capítulo 9, Sección 5, se le informa qué puede hacer).

Sección 1.4	Debemos proteger la privacidad de su información personal de salud
--------------------	---

La legislación federal y estatal protege la privacidad de sus registros médicos y de la información personal de salud. Protegemos su información personal de salud según lo establecen estas leyes.

- Su “información personal de salud” incluye la información personal que nos dio cuando se suscribió en este plan así como también sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Las leyes que protegen su privacidad le otorgan derechos relacionados con la obtención de información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos una notificación escrita, denominada “Notificación de prácticas de privacidad”, en la que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que las personas no autorizadas no vean ni tengan acceso a sus registros.

Capítulo 8. Derechos y obligaciones

- En la mayoría de las situaciones, si le damos su información de salud a alguien que no le está proveyendo atención o pagando su atención, *primero debemos recibir un permiso escrito suyo*. El permiso escrito lo puede dar usted o alguien a quien usted le haya dado la autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Existen ciertas excepciones por las que no se requiere que le solicitemos permiso por escrito. La ley permite o establece estas excepciones.
 - Por ejemplo, estamos obligados a divulgar información de salud a agencias gubernamentales que controlan la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a brindar su información de salud a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. En caso de que Medicare divulgue la información de usted con fines de investigación u otros propósitos, deberá hacerlo según la legislación y las reglamentaciones federales.

Puede tener acceso a la información de sus registros y saber cómo se ha divulgado

Usted tiene derecho de ver los registros médicos que guarda el plan, y obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por las copias. Además usted tiene derecho a solicitarnos que agreguemos o corrijamos información en sus registros médicos. Si lo hace, trabajaremos con su proveedor para la atención de la salud a fin de decidir si se deben realizar los cambios.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha divulgado su información de salud por cualquier motivo que no sea de rutina.

Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre la privacidad de su información personal de salud, llame a Servicio para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 1.5	Debemos brindarle información sobre el plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de BlueCare Plus, tiene derecho a que le proporcionemos diversos tipos de información. (Como se explica anteriormente en la Sección 1.1, usted tiene derecho a que nuestro plan le brinde información de un modo adecuado para usted. Esto incluye obtener información en idiomas distintos del inglés o en formatos alternativos).

Si desea recibir alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

- **Información acerca de nuestro plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre la condición económica del plan. También incluye información sobre la cantidad de

apelaciones que los miembros han presentado y las calificaciones de desempeño de nuestro plan, que incluye cómo lo han calificado los miembros de nuestro plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.

- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas las farmacias de nuestra red.**
 - Por ejemplo, usted tiene derecho a que le brindemos información acerca de la calidad de los proveedores y las farmacias de nuestra red y sobre cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - Para ver la lista de proveedores de la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores*.
 - Para obtener una lista de las farmacias incluidas en la red del plan, consulte el *Directorio de Farmacias*.
 - Para obtener información más detallada sobre nuestros proveedores o farmacias, puede llamar a Servicios para Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto) o visitar nuestro sitio web en bluecareplus.bcbst.com.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir al utilizar su cobertura.**
 - En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, describimos los servicios médicos cubiertos, cualquier restricción de la cobertura y las normas que debe seguir para obtener los servicios médicos cubiertos.
 - Para conocer los detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto, además de la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*. En estos Capítulos, así como en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, se enumeran cuáles son los medicamentos cubiertos y se explican las normas que debe seguir y las restricciones a su cobertura en el caso de determinados medicamentos.
 - Si tiene alguna pregunta sobre las normas o restricciones, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto, o si hay alguna restricción en la cobertura, nos puede solicitar una explicación por escrito. Usted tiene derecho a recibir esta explicación, incluso si recibió la atención de la salud o el medicamento de un proveedor o de una farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o si está en desacuerdo con la decisión que tomamos sobre qué atención médica o medicamento de la Parte D está cubierto, tiene derecho a pedirnos que cambiemos la decisión. Puede solicitar que modifiquemos la decisión mediante una apelación. Para obtener más información sobre qué debe hacer si algún medicamento no tiene cobertura en

la manera en que usted considera debe tenerla, consulte el Capítulo 9 de este folleto. En él se brindan detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que modifiquemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 se describe también cómo presentar un reclamo sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras cuestiones).

- Si desea solicitar que nuestro plan pague la parte que le corresponde de una factura que usted recibió por atención de la salud o por un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.6	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer las opciones de tratamiento y participar en las decisiones con respecto a su atención médica

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención de la salud cuando busca atención de la salud. Sus proveedores deben explicar su afección médica y las opciones de su tratamiento *de manera que usted pueda comprenderlo*.

También tiene derecho a participar íntegramente en las decisiones acerca de la atención de la salud que recibe. Para ayudarlo a tomar decisiones con los médicos acerca de qué tratamiento es más conveniente para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Conocer todas las opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, sin importar cuánto cuestan y si están cubiertas por nuestro plan. También incluye saber acerca de los programas ofrecidos por nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar las medicaciones y a utilizar los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a saber acerca de cualquier riesgo relacionado con la atención que recibe. Se le debe informar con anticipación si algún tratamiento o atención médica que se le haya propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar un tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si el médico le aconseja lo contrario. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Sin duda, si rechaza un tratamiento o deja de tomar una medicación, acepta toda la responsabilidad de los problemas que esto pueda generarle a su cuerpo como consecuencia.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de la atención.** Usted tiene derecho a recibir nuestra explicación si un proveedor le niega atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión sobre la cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto, se describe cómo solicitar a nuestro plan una decisión sobre la cobertura.

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

En algunas oportunidades, las personas no están en condiciones de tomar decisiones por sí mismas acerca de su atención médica debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a expresar lo que desea que suceda si se encuentra en esa situación. Es decir que, *si lo desea*, puede:

- Llenar un formulario escrito para otorgarle **a alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre** si en algún momento no está en condiciones de hacerlo por su propia cuenta.
- **Otorgarle a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo deben manejar su atención médica si usted no está en condiciones de tomar sus propias decisiones.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan “**instrucciones anticipadas**”. Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y diferentes denominaciones. Los documentos denominados “**testamento en vida**” y “**poder notarial para atención médica**” son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar “instrucciones anticipadas” para expresar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si usted desea utilizar una instrucción anticipada, puede obtener un formulario a través de su abogado, un trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. A veces, las organizaciones que brindan información sobre Medicare pueden otorgarle los formularios para instrucciones anticipadas. También puede llamar a Servicio para Miembros para solicitar los formularios (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
- **Llene el formulario y fírmelo.** Sin importar en dónde obtenga el formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Es aconsejable que le pida a un abogado que lo ayude a completarlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que aparece en el formulario como la designada para tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es aconsejable que también les dé copias a sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su domicilio.

Si usted sabe con anticipación que será hospitalizado, y ha firmado una instrucción anticipada, **lleve al hospital una copia con usted.**

- Si usted queda internado en el hospital, le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene a mano.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital hay formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde, es su decisión llenar un formulario de instrucción anticipada (e incluso si lo quiere firmar cuando se encuentra en el hospital). Según la legislación, nadie puede negarle atención o discriminarlo por haber firmado, o no, una instrucción anticipada.

¿Qué sucede si no se respetan sus instrucciones?

Si firmó una instrucción anticipada y cree que un médico u hospital no respetó las instrucciones, puede presentar un reclamo al Departamento de Salud de Tennessee.

Sección 1.7	Usted tiene derecho a presentar reclamos y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado
--------------------	---

Si tiene inconvenientes o inquietudes acerca de la atención o los servicios cubiertos, consulte qué debe hacer en el Capítulo 9 de este folleto. En este Capítulo, se detalla cómo manejar todo tipo de inconvenientes y reclamos. Lo que tiene que hacer para hacer un seguimiento de un problema o inquietud depende de la situación. Es probable que deba solicitar a nuestro plan que tome una decisión sobre la cobertura, presente una apelación para que modifiquemos una decisión sobre la cobertura o presente un reclamo. En cualquiera de estos casos (solicitar una decisión sobre la cobertura, presentar una apelación o un reclamo) **se nos requiere brindarle un trato justo.**

Usted tiene derecho a obtener un resumen de información acerca de las apelaciones y los reclamos que otros miembros hayan presentado contra nuestro plan anteriormente. Puede llamar a Servicio para Miembros para obtener esta información (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 1.8	¿Qué puede hacer si considera que ha sido tratado injustamente o que sus derechos no han sido respetados?
--------------------	--

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

Si cree que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos por motivos de raza, discapacidad, religión, sexo, salud, grupo étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe comunicarse con la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o con su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otras cuestiones?

Si considera que ha recibido un trato injusto o que no se han respetado sus derechos, y esto *no* se debe a un caso de discriminación, puede obtener ayuda para resolver su problema:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Capítulo 8. Derechos y obligaciones

- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y saber cómo contactarse con esta, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, **puede llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 1.9 **Cómo obtener más información sobre sus derechos**

Existen varios lugares en los que puede obtener más información acerca de sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos**. Para obtener detalles sobre esta organización y saber cómo contactarse con esta, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para consultar o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones Medicare”. (La publicación está disponible en: <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 2 **Usted tiene responsabilidades como miembro de este plan**

Sección 2.1 **¿Cuáles son sus responsabilidades?**

A continuación, se enumera qué cosas debe hacer como miembro del plan. Comuníquese con Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). Estamos aquí para ayudarte.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtenerlos.** Use este folleto de Evidencia de Cobertura para aprender qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4 se brindan detalles sobre los servicios médicos, inclusive sobre qué está cubierto, qué no está cubierto, las normas para seguir y qué paga usted.
 - En los Capítulos 5 y 6, se brindan detalles acerca de la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.

- **Si usted cuenta con otra cobertura de seguro médico o de medicamentos recetados además de nuestro plan, debe comunicárnoslo.** Llame a Servicios para Miembros para hacérselo saber (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
 - Debemos seguir las normas establecidas por Medicare y TennCare (Medicaid) para asegurarnos de que usted utilice toda su cobertura conjunta en el momento de obtener sus servicios cubiertos mediante nuestro plan. Esto se llama “**coordinación de beneficios**” ya que implica coordinar los beneficios de salud y de medicamentos que usted obtiene de nuestro plan y cualquier otro beneficio de salud y de medicamentos que usted tenga disponible. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 7).
- **Informar a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscripto en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de membresía de su plan y su tarjeta de TennCare (Medicaid) cada vez que obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Colabore para que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención.**
 - Para ayudar a sus médicos y a otros proveedores de salud a brindarle la mejor atención, conozca tanto como pueda acerca de sus problemas de salud y proporciónelos la información necesaria sobre usted y su estado de salud. Siga los tratamientos y las instrucciones que ha acordado con sus médicos.
 - Asegúrese de que su médico sepa todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene dudas, asegúrese de preguntar al respecto. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas en una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta que le dan, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos los miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe en una manera que contribuya al funcionamiento sin problemas del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que deba.** Como miembro del plan, usted es responsable de efectuar los siguientes pagos:
 - A fin de ser elegible para nuestro plan, debe estar inscripto en las partes A y B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de BlueCare Plus, TennCare (Medicaid) paga la prima de la Parte A (si no califica para obtenerla en forma automática) y la prima de la Parte B.
 - En el caso de la mayoría de los medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar la parte que le corresponde en el momento de adquirirlos. Se trata de un copago (un monto fijo) o de un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 6, se explica lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D.

Capítulo 8. Derechos y obligaciones

- Si obtiene servicios médicos o medicamentos que nuestro plan o cualquier otro seguro que usted tenga no cubren, deberá pagar el costo total.
 - Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negar la cobertura de algún servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información acerca de cómo presentar una apelación.
- Si debe pagar una multa por inscripción tardía, es necesario que la pague para continuar con la cobertura de sus medicamentos recetados.
- Si se le exige que pague la suma adicional para la Parte D debido a su ingreso más alto (según lo informado en su última declaración de impuestos), debe pagarla directamente al gobierno para permanecer como miembro del plan.
- **Infórmenos si se muda.** Si va a mudarse, es importante que nos informe de inmediato. También puede llamar a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
 - **Si se muda *fuera* del área de servicios de nuestro plan, no podrá continuar siendo miembro de nuestro plan.** (En el Capítulo 1, se describe nuestra área de servicios). Podemos ayudarlo a identificar si se muda fuera de nuestra área de servicios. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicios, de todas formas debe informarnoslo** para que podamos mantener actualizado el registro de su membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
 - Si se muda, también es importante que le informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Llame a Servicios para Miembros para obtener ayuda si tiene preguntas o inquietudes.** También aceptamos cualquier sugerencia que tenga para mejorar nuestro plan.
 - Los números telefónicos y el horario de atención de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, consulte el Capítulo 2.

CAPÍTULO 9

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

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

<u>Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)</u>	
INFORMACIÓN GENERAL	170
SECCIÓN 1 Introducción.....	170
Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud	170
Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales?	170
SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros	171
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	171
SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?	172
Sección 3.1 ¿Debe seguir el proceso para obtener los beneficios de Medicare o de TennCare (Medicaid)?.....	172
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICARE</u>	173
SECCIÓN 4 Cómo manejar los problemas relacionados con los beneficios de <u>Medicare</u>	173
Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para realizar reclamos?.....	173
SECCIÓN 5 Guía de aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones	174
Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: información general.....	174
Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de la cobertura o presenta una apelación.....	175
Sección 5.3 ¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su situación?	176
SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.....	177
Sección 6.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra participación en el costo de su atención.....	177
Sección 6.2 Paso a paso: Cómo pedir una decisión sobre la cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que desea)178	178

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 6.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de la decisión de cobertura de la atención médica tomada por nuestro plan)	182
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2	185
Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?	187
SECCIÓN 7	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	188
Sección 7.1	Esta sección describe qué debe hacer si tiene inconvenientes para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que ha pagado por un medicamento de la Parte D.....	189
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	191
Sección 7.3	Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones.....	192
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción.....	192
Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de la decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)	196
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	199
SECCIÓN 8	Cómo pedir que cubramos una internación para pacientes internados más extensa si piensa que el médico le está dando el alta demasiado pronto.....	201
Sección 8.1	Durante la internación, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos.	202
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital	203
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital	207
Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar la apelación de nivel 1?... ..	208
SECCIÓN 9	Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto	211
Sección 9.1	<i>En esta sección, se tratan únicamente tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).....</i>	211
Sección 9.2	Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura.	212

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Sección 9.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención durante más tiempo	213
Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención durante más tiempo	215
Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar la apelación de nivel 1?... 216	
SECCIÓN 10	Cómo presentar su apelación de Nivel 3 y de niveles superiores	219
Sección 10.1	Los niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos...	219
Sección 10.2	Niveles 3, 4 y 5 de apelación para medicamentos de la Parte D.....	221
SECCIÓN 11	Cómo realizar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros asuntos.....	222
Sección 11.1	¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamos?.....	222
Sección 11.2	El nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”.	225
Sección 11.3	Paso a paso: Cómo presentar un reclamo	225
Sección 11.4	También puede realizar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad.	226
Sección 11.5	También puede informar a Medicare sobre su reclamo	227
PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE <u>MEDICAID</u>.....		227
SECCIÓN 12	Cómo manejar los problemas relacionados con los beneficios de TennCare (<u>Medicaid</u>)	227

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****INFORMACIÓN GENERAL****SECCIÓN 1 Introducción****Sección 1.1 Qué hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este Capítulo explica los procesos para manejar los problemas y las inquietudes. El proceso que use para manejar su problema dependerá de dos factores:

1. Si su problema se relaciona con los beneficios cubiertos por **Medicare** o **TennCare (Medicaid)**. Si desea obtener ayuda para decidir si usará el proceso de Medicare o de TennCare (Medicaid), o ambos, comuníquese con el Servicio para Miembros (los números telefónicos figuran al dorso de este folleto).
2. El tipo de problema que tiene:
 - Para ciertos problemas, deberá utilizar el **procedimiento para decisiones sobre la cobertura y apelaciones**.
 - Para otro tipo de problemas, debe utilizar el **proceso para realizar reclamos**.

Ambos procesos tienen la aprobación de Medicare. Con el fin de garantizar una solución rápida y justa a sus problemas, cada proceso se compone de un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nuestro plan deben cumplir.

¿Qué proceso debe usar? La guía en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe implementar.

Sección 1.2 ¿Qué significan los términos legales?

Existen términos legales técnicos para algunas normas, procedimientos y tipos de plazos, que se explican en este capítulo. La mayoría de las personas desconocen muchos de estos términos y pueden resultarles difíciles de comprender.

Para simplificar, en este capítulo se explican las normas y los procedimientos legales con un vocabulario sencillo en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo por lo general dice “presentar un reclamo” en vez de “presentar una queja formal”, o “decisión sobre la cobertura” en vez de “determinación de organización” o “determinación sobre la cobertura” o “determinación de que está en riesgo” y “Organización de Revisión Independiente” en vez de “Entidad de Revisión Independiente”. Asimismo, se ha reducido en lo posible el uso de abreviaturas.

Sin embargo, puede ser de utilidad (y a veces bastante importante) que usted conozca la terminología legal correcta para la situación en la que se encuentra. Conocer qué términos

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

utilizar lo ayudará a comunicarse de manera más clara y precisa en el momento de resolver su problema y a obtener la ayuda o información para su situación. Para ayudarlo a conocer qué términos utilizar, incluimos términos legales en la explicación para resolver determinados tipos de situaciones.

SECCIÓN 2 Puede obtener ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada
--

A veces, iniciar o seguir un proceso para la resolución de un problema puede ser confuso. En especial, puede ser confuso si no se siente bien o se siente agotado. En otras ocasiones, tal vez no sepa cómo seguir adelante.

Obtener ayuda de una organización gubernamental independiente

Siempre estamos dispuestos a ayudarlo. En algunas situaciones, sin embargo, quizás desee obtener ayuda u orientación de alguien que no se relacione con nosotros. Puede llamar en todo momento al **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados. El programa no tiene conexión con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe utilizar para resolver su problema. Además pueden responder sus preguntas, darle más información y ofrecerle ayuda para saber qué debe hacer.

Los servicios de los asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números telefónicos en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto.

También puede obtener ayuda e información de Medicare

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, puede comunicarse con Medicare también. Aquí presentamos dos maneras de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

También puede obtener ayuda e información de TennCare (Medicaid)

TennCare (Medicaid) (TennCare Solutions)	
LLAMAR	1-800-878-3192
TTY	1-877-779-3103
	Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	TennCare Solutions PO Box 593 Nashville, TN 37202-0593
SITIO WEB	http://www.tn.gov/tenncare

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe seguir para resolver su problema?

Sección 3.1 ¿Debe seguir el proceso para obtener los beneficios de Medicare o de TennCare (Medicaid)?

Dado que usted tiene Medicare y obtiene ayuda de TennCare (Medicaid), tiene distintos procesos que puede usar para resolver su problema o reclamo. El proceso que use dependerá de si el problema está relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de TennCare (Medicaid). Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema está relacionado con un beneficio cubierto por TennCare (Medicaid), entonces debe usar el proceso de TennCare (Medicaid). Si desea obtener ayuda para decidir si usará el proceso de Medicare o de TennCare (Medicaid), comuníquese con el Servicio para Miembros (los números telefónicos figuran al dorso de este folleto).

Los procesos de Medicare y TennCare (Medicaid) se describen en distintas partes de este Capítulo. Para saber qué parte debe leer, use el siguiente cuadro.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Para identificar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud,

COMIENCE AQUÍ

¿Su problema se relaciona con los beneficios de Medicare o de TennCare (Medicaid)?

(Si desea obtener ayuda para decidir si su problema está relacionado con los beneficios de Medicare o TennCare (Medicaid), comuníquese con Servicios para Miembros. Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la siguiente sección de este Capítulo, **Sección 4: “Cómo manejar los problemas relacionados con los beneficios de Medicare”**.

Mi problema está relacionado con la cobertura de **TennCare (Medicaid)**.

Pase a la **Sección 12** de este capítulo, “Cómo manejar los problemas relacionados con los beneficios de TennCare (Medicaid)”.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICARE

SECCIÓN 4 **Cómo manejar los problemas relacionados con los beneficios de Medicare**

Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para realizar reclamos?
--------------------	--

Si tiene un problema o una inquietud, lea solo las partes de este capítulo que se relacionan con su situación. El cuadro que se encuentra a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este Capítulo relacionada con los problemas o las reclamaciones sobre los **beneficios cubiertos por Medicare**.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Para identificar qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de **Medicare**, utilice este cuadro:

¿Su problema o inquietud se relaciona con sus beneficios o su cobertura?

(Esto incluye problemas relacionados con determinar si se cubren ciertos medicamentos recetados o cierta atención médica, de qué forma están cubiertos, y problemas relacionados con el pago de los medicamentos recetados o de la atención médica).

Sí. Mi problema está referido a los beneficios o la cobertura.

Consulte la sección siguiente de este capítulo, **Sección 5, “Guía de aspectos básicos de las decisiones sobre la cobertura y apelaciones”**.

No. Mi problema no está relacionado con los beneficios ni con la cobertura.

Pase a la **Sección 11** al final de este capítulo: **“Cómo realizar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente y otras inquietudes”**.

**SECCIÓN 5 Guía de aspectos básicos de las decisiones sobre la
cobertura y apelaciones**

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: información general

El proceso para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura, incluidos los problemas relacionados con el pago. Este es el procedimiento que debe utilizar para cuestiones relacionadas con determinar si un servicio está cubierto y de qué forma lo está.

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura

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. Tomamos una decisión sobre la cobertura cada vez que decidimos qué cubrimos y cuánto pagamos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión (favorable) sobre la cobertura cuando le brinda atención médica o cuando lo remite a un especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura si el médico tiene dudas acerca de si cubriremos un determinado servicio médico o si se niega a

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

brindarle la atención que usted cree que necesita. Es decir, si desea saber si cubrimos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.

En algunos casos, es posible que decidamos que el servicio o medicamento no está cubierto o que dejó de estar cubierto por Medicare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

Cuando usted apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión tomada sobre la cobertura para verificar que hayamos seguido todas las normas correctamente. Su apelación es evaluada por revisores distintos de los que tomaron la decisión desfavorable original. Después de completar la revisión, le informamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, las cuales trataremos más adelante, usted puede solicitar una decisión expedita o “decisión rápida sobre la cobertura” o una apelación rápida de una decisión de cobertura.

Si nuestro plan rechaza, en todo o en parte, su apelación en el Nivel 1, puede continuar apelando en el Nivel 2. Una organización independiente no relacionada con nosotros revisará la apelación de Nivel 2. (En algunas circunstancias, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una apelación de Nivel 2. Le informaremos si esto sucede. En otras circunstancias, deberá solicitar una apelación del Nivel 2). Si no le satisface la decisión sobre la apelación de Nivel 2, puede continuar apelando a través de niveles de apelación adicionales.

Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de la cobertura o presenta una apelación
--------------------	---

¿Necesita ayuda? A continuación, se mencionan algunos recursos que puede utilizar si decide solicitar cualquier tipo de decisión de la cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
- Para **obtener ayuda de una organización independiente** que no tenga relación con nuestro plan, comuníquese con nuestro Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede realizar una solicitud por usted.**
 - Para atención médica, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, pasará automáticamente al Nivel 2. Para presentar una apelación más allá del Nivel 2, deberá designar a su médico como su representante.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro emisor de recetas puede solicitar una determinación sobre la cobertura o una apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. Para presentar una apelación más allá del Nivel 2, deberá designar a su médico o a otro emisor de la receta como su representante.
- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede designar a otra persona para que lo represente en la solicitud de una decisión sobre la cobertura o la presentación de una apelación.
 - Tal vez ya exista alguien que esté legalmente autorizado a actuar como su representante conforme a la ley del Estado.
 - Si usted desea designar a un amigo, un familiar, su médico u otro proveedor, u otra persona como su representante, comuníquese con Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de representante”. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en bluecareplus.bcbst.com). El formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. Usted y la persona en su nombre deben firmar el formulario. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.
- **Usted también tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su abogado o solicitar que le recomienden uno en su colegio de abogados local u otro servicio de remisiones. Asimismo, existen grupos que le brindarán asistencia legal gratuita si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o apelar una decisión.

Sección 5.3	¿Qué sección de este capítulo le da detalles para su situación?
--------------------	--

Existen cuatro tipos de situaciones diferentes que implican decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, nuestro plan le brinda detalles para cada una en una sección separada:

- **Sección 6** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo pedir una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo pedir una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedir que cubramos una estadía hospitalaria para pacientes internados más extensa si piensa que el médico le está dando el alta demasiado pronto”
- **Sección 9** de este capítulo: “Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*Se aplica solo a*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicio para Miembros (los números telefónicos figuran al dorso de este folleto). También puede obtener ayuda o información de las organizaciones gubernamentales, como el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto encontrará los números telefónicos de este programa).

SECCIÓN 6 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía sobre “lo básico” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? De lo contrario, es recomendable que la lea antes de comenzar a leer esta sección.

Sección 6.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le devolvamos nuestra participación en el costo de su atención
--------------------	--

En esta sección, se describen los beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*. A modo de simplificación, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez “servicios, tratamiento o atención médica”.

En esta sección, se explica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones que se describen a continuación:

1. No obtiene cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por nuestro plan.
3. Recibió servicios o atención médica que cree que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pero que no accedemos a pagar.
4. Pagó por servicios o atención médica que recibió y que cree que deberían estar cubiertos por nuestro plan, y quiere solicitar un reembolso por parte del plan por dichos servicios o atención.
5. Se le ha dicho que la cobertura de cierta atención médica que ha recibido y que nosotros aprobamos previamente va a ser reducida o suspendida, y usted cree que esa reducción o suspensión podrían perjudicar su salud.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **NOTA: Si la cobertura que se suspenderá corresponde a atención hospitalaria, atención médica en el domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe consultar una sección aparte de este capítulo porque estos servicios se rigen por normas especiales. Aquí tiene material para leer en esas situaciones:**
 - Capítulo 9, Sección 8: *Cómo pedir que cubramos una internación en el hospital más extensa si piensa que el médico le está dando el alta demasiado pronto.*
 - Capítulo 9, Sección 9: *Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto.* Esta sección solo trata acerca de tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada, y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF).
- Para *todas las demás* situaciones que implican una notificación de suspensión de la atención médica que ha estado recibiendo, utilice esta sección (Sección 6) como guía sobre qué debe hacer.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si usted se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Le interesa saber si cubrimos la atención o los servicios médicos que desea?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 6.2.
¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos por el servicio médico de la forma en que usted desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación . (Esto significa que solicita que reconsideremos la decisión). Pase a la Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos que le brindemos un reembolso por la atención o los servicios médicos que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Pase a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2

Paso a paso: Cómo pedir una decisión sobre la cobertura (cómo pedir que nuestro plan autorice o provea la cobertura de atención médica que desea)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina “**determinación de la organización**”.

Paso 1: Usted le solicita a nuestro plan una decisión sobre la cobertura en la atención médica que está solicitando. Si, debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una “decisión rápida sobre la cobertura”.

Términos legales

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “**determinación expeditiva**”.

Cómo pedir una cobertura de la atención médica que desea

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para realizar la solicitud para que autoricemos o proveamos cobertura de la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura de atención médica*.

Por lo general, usamos los plazos estándar para informarle nuestra decisión

Para informarle nuestra decisión, usamos los plazos “estándar” a menos que hayamos aceptado usar los plazos “rápidos”. Una decisión sobre la cobertura estándar **significa que le proporcionaremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su declaración.

- **Sin embargo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos información (como registros médicos de proveedores fuera de la red) que podría beneficiarlo. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” porque nuestra decisión tardó más días. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (El proceso para presentar un reclamo difiere del proceso de decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, entre ellos reclamos rápidos, ver Sección 11 de este capítulo).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”

- **Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le daremos una respuesta dentro de las 72 horas.**
 - **Sin embargo, podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si descubrimos que falta información que puede beneficiarlo (como registros médicos de proveedores fuera de la red), o si usted necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” porque nuestra decisión tardó más días. (Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, entre ellos reclamos rápidos, ver Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos apenas tomemos la decisión.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si solicita cobertura para atención médica *que no haya recibido*. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si su solicitud está relacionada con el pago de atención médica que ya recibió).
 - Usted puede recibir una decisión rápida *solo* si usar los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura” automáticamente accederemos a brindarle una.**
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el apoyo del médico, decidiremos si su salud requiere que nuestro plan le brinde una decisión rápida.
 - En caso de que nuestro plan decida que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándares).
 - En esta carta, le explicaremos que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la brindaremos automáticamente.
 - En la carta también le explicaremos cómo puede presentar un “reclamo rápido” sobre nuestra decisión de brindarle una decisión sobre la cobertura estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. (Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, entre ellos reclamos rápidos, ver Sección 11 de este capítulo).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 2: Evaluaremos su solicitud de cobertura de atención médica y le daremos una respuesta.

Los plazos para una decisión “rápida” sobre la cobertura

- Generalmente, con una decisión rápida, le responderemos **dentro de las 72 horas**.
 - Como se explicó anteriormente, podemos demorar hasta 14 días calendario más en ciertas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” porque nuestra decisión tardó más días. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, entre ellos reclamos rápidos, ver Sección 11 de este capítulo).
 - Si no respondemos dentro de las 72 horas (o si hay un periodo extendido, al final de ese periodo), tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 6.3 a continuación se explica cómo presentar una apelación.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es positiva**, debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que nos comprometimos a proveer dentro de 72 horas de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar la decisión, brindaremos la cobertura o la autorizaremos al finalizar ese periodo extendido.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito con los motivos del rechazo.

Los plazos para una decisión “estándar” sobre la cobertura

- Generalmente, para una decisión estándar sobre la cobertura, le daremos una respuesta **en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud**.
 - Podemos demorar hasta 14 días calendario más (“un plazo extendido”) en ciertas circunstancias. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” porque nuestra decisión tardó más días. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, entre ellos reclamos rápidos, ver Sección 11 de este capítulo).
 - Si no respondemos dentro de los 14 días calendario (o si hay un periodo extendido, al final de ese periodo), tiene derecho a presentar una apelación. En la Sección 6.3 a continuación se explica cómo presentar una apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es positiva**, debemos autorizar o proveer la cobertura de atención médica que nos comprometimos a proveer dentro de 14 días calendario de recibida su solicitud. Si extendemos el tiempo necesario para tomar la decisión, brindaremos la cobertura o la autorizaremos al finalizar ese periodo extendido.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es negativa**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza su solicitud de cobertura de atención médica, usted decidirá si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos, (y quizá que cambiemos) esta decisión mediante la presentación de una apelación. Presentar una apelación implica realizar otro intento para obtener la cobertura de atención de la salud que desea.
- Si decide presentar una apelación, esto significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 6.3 a continuación).

Sección 6.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de la decisión de cobertura de la atención médica tomada por nuestro plan)

Términos legales

Una apelación al plan acerca de una decisión sobre la cobertura de atención médica se llama “**reconsideración**” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros con cualquier fin relacionado con su apelación, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada “*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre su atención médica*”.
- **Para solicitar una apelación estándar, presente la apelación enviando una solicitud escrita.**
 - Si una persona que no sea su médico va a apelar la decisión por usted, su apelación debe incluir un formulario de Designación de representante

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

mediante el cual se autorice a esa persona a representarlo. (Para obtener el formulario, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada del este folleto) y solicite el formulario de “Designación de representante”. El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en bluecareplus.bcbst.com). Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni completar la revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión con respecto a su apelación), rechazaremos su solicitud de apelación. Si sucede esto, le enviaremos una notificación escrita en la que explicaremos su derecho a solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **Si desea presentar una apelación rápida, debe hacerlo por escrito o llamarnos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 (*Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre su atención médica*).
- **Puede presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha en la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre la cobertura. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser, por ejemplo, una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para presentar una apelación.
- **Usted puede solicitar una copia de la información sobre su decisión médica y agregar más información que respalde su apelación.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre la apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” (puede hacer un pedido oral)

Términos legales
Una “apelación rápida” también se llama una “reconsideración expeditiva”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de la atención que aún no recibió, usted o su médico deberá decidir si necesita una “apelación rápida”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Los requisitos y los procedimientos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura”. Para solicitar una apelación rápida, siga las mismas instrucciones que para solicitar una decisión rápida sobre la cobertura. (Estas instrucciones ya fueron explicadas anteriormente en esta sección).
- Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “apelación rápida”, accederemos a brindarle una.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analiza con cuidado toda la información sobre su solicitud de cobertura de atención médica. Revisamos todo para ver si seguimos todas las normas en el momento en que le dijimos que no a su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos brindarle una respuesta **en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o hacia el final del periodo extendido si es que tomamos días extra), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, se informa acerca de esta organización y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura que hemos acordado brindar en el plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es negativa**, le haremos llegar su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente como apelación de Nivel 2.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 30 días calendario** de recibida su apelación si su apelación se trata de cobertura de servicios que aún no ha recibido. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su afección de salud así lo requiere.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos recopilar más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si decidimos demorar más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar un “reclamo rápido” porque nuestra decisión tardó más días. Cuando usted presente un reclamo rápido, le daremos una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas. (Para obtener más información sobre el proceso para realizar reclamos, entre ellos reclamos rápidos, ver Sección 11 de este capítulo).
- Si no le damos una respuesta dentro del plazo antes mencionado (o hacia el final del periodo extendido, si es que tomamos días extra), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos autorizar o proporcionarle la cobertura que hemos acordado brindar en el plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es negativa**, le haremos llegar su apelación automáticamente a la Organización de Revisión Independiente como apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan rechaza, en todo o en parte, su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar la apelación a la “Organización de Revisión Independiente”**. Cuando lo hacemos, su apelación pasa al siguiente nivel del proceso de apelaciones, que es el Nivel 2.

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos en la primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la llama “**IRE**”.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para que funcione como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos la información acerca de su apelación a esta organización. Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si la apelación fue “rápida” en el Nivel 1, también será “rápida” en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación “rápida” a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación “rápida” en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.**

Si la apelación fue “estándar” en el Nivel 1, también será “estándar” en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación “estándar” a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación “estándar” en el Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si la Organización de Revisión Independiente necesita reunir más información que puede beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más.**

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le brinda una respuesta.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará la decisión y le explicará los motivos por los que la tomó.

- **Si la organización de revisión acepta, en todo o en parte, su solicitud,** debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio en el plazo de 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión tomada por la organización de revisión para solicitudes estándar, o dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la decisión tomada por la organización de revisión para solicitudes expeditivas.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Si esta organización rechaza su apelación, en todo o en parte**, significa que estuvo de acuerdo con el plan en que su solicitud de cobertura de atención médica (o parte de esta) no se debe aprobar. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”).
 - Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a presentar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para seguir adelante y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de la atención médica que usted solicita deberá alcanzar un mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 será definitiva. En la notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le comunicará cómo saber cuál es el monto en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea proceder con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada, y usted reúne los requisitos para continuar el proceso de apelación, deberá decidir si desea proseguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Los detalles sobre cómo hacer esto aparecen en la notificación por escrito que obtuvo después de la apelación de Nivel 2.
- Un juez de derecho administrativo o adjudicador decidirá sobre su apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5	¿Qué sucede si nos solicita que le reembolsemos nuestra parte de una factura que usted recibió por atención médica?
--------------------	--

Si desea solicitarnos el pago de un servicio de atención médica, comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. Además, se explica cómo enviar la documentación para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación que pide un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión sobre la cobertura (para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, ver Sección 5.1 de este capítulo). Para poder tomar esta decisión sobre la cobertura, verificaremos si el servicio de atención médica por el que usted pagó es un servicio cubierto (consulte el Capítulo 4: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*). También comprobaremos si cumplió con las normas de uso de la cobertura de atención médica (estas normas se detallan en el Capítulo 3 de este folleto: *Cómo utilizar la cobertura del plan para sus servicios médicos*).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Aceptaremos o rechazaremos su solicitud

- Si la atención médica que usted pagó está cubierta, y si respetó todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo por la atención médica que recibió dentro de los 60 días calendario de haber recibido su solicitud. O si no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Cuando enviamos el pago, es lo mismo que decir que *sí* a su solicitud de una decisión de cobertura).
- Si la atención médica *no* está cubierta, o si usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En lugar de eso, le enviaremos una carta en donde se explica que no pagaremos los servicios y los motivos detallados de esta decisión. (Cuando rechazamos su solicitud de pago, estamos diciendo que *no* a su solicitud de una decisión sobre la cobertura.)

¿Qué sucede si solicita un pago y le informamos que no pagaremos?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que usted nos solicita que cambiemos la decisión sobre la cobertura de rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que describimos en la Sección 5.3. Consulte esta sección para encontrar instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, observe lo siguiente:

- Si presenta una apelación de reembolso, debemos darle una respuesta dentro de los 60 días calendario después de recibir su apelación. (Si nos solicita que paguemos la atención médica que ya recibió y pagó usted mismo, no puede solicitar una apelación rápida).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

SECCIÓN 7 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (*Una guía sobre “lo básico” de las decisiones de cobertura y apelaciones*)? De lo contrario, es recomendable que la lea antes de comenzar a leer esta sección.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

<h3>Sección 7.1</h3>	<h3>Esta sección describe qué debe hacer si tiene inconvenientes para adquirir un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que ha pagado por un medicamento de la Parte D</h3>
----------------------	---

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* por el plan. Para obtener la cobertura, se debe utilizar el medicamento para una indicación médicamente aceptada. (Una “indicación médicamente aceptada” se refiere a que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA] o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación médicamente aceptada).

- **En esta sección, se trata únicamente sus medicamentos de la Parte D.** A modo de simplificación, utilizamos generalmente el término “medicamento” en lo que resta de esta sección en lugar de repetir “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Si desea saber a qué nos referimos con medicamentos de la Parte D y obtener detalles sobre la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*, normas y restricciones relacionadas con la cobertura, e información sobre costos, consulte el Capítulo 5 (*Cómo utilizar la cobertura del plan para sus medicamentos recetados de la Parte D*) y el Capítulo 6 (*Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Decisiones sobre la cobertura y apelaciones de la Parte D

Como ya hemos comentado en la Sección 5 de este Capítulo, una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y su cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales
<p>La decisión inicial sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “determinación sobre la cobertura”.</p>

Estos son ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitarnos acerca de sus medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, entre otras cosas usted puede:
 - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan
 - Pedirnos que renunciemos a una restricción en la cobertura de un medicamento del plan (como límites en la cantidad de medicamento que puede recibir)

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Usted nos pregunta si un medicamento está cubierto y si usted reúne los requisitos para la cobertura. (Por ejemplo, cuando un medicamento está en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan pero le exigimos obtener nuestra aprobación antes de cubrirlo).
 - *Tenga en cuenta lo siguiente:* Si en su farmacia le dicen que su receta no puede abastecerse como está indicado, recibirá una notificación escrita en la que se le explicará cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una decisión sobre la cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya ha adquirido. Se trata de una decisión sobre la cobertura relacionada con el pago.

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

En esta sección, se describe cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo presentar una apelación. Utilice el siguiente cuadro para determinar qué parte contiene información sobre su situación:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra?

Si usted se encuentra en esta situación:	Puede hacer lo siguiente:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que eliminemos la norma o restricción de un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience con la Sección 7.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y considera que cumple con las normas o restricciones (por ejemplo, obtener aprobación previa) para obtener el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Pase a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos un reembolso por un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión sobre la cobertura). Pase a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos comunicado que no cubriremos o pagaremos el medicamento de la forma en que usted desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que solicita que reconsideremos la decisión). Pase a la Sección 7.5 de este capítulo.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no tiene cobertura de la manera que usted desearía, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones sobre la cobertura, si nuestro plan rechaza su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión.

Cuando pide una excepción, su médico u otro proveedor tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Luego evaluaremos su solicitud. A continuación, se describen dos ejemplos de excepciones que usted o su médico, u otro emisor de recetas pueden solicitarnos:

1. **Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*.** (La denominamos “Lista de medicamentos” para abreviar).

Términos legales

En ocasiones, la acción de solicitar cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina “**excepción al formulario**”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de distribución de costos que se aplica a todos nuestros medicamentos. No podrá solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que debe pagar por el medicamento.

2. **Que eliminemos una restricción en la cobertura de un medicamento cubierto.** Existen restricciones y normas adicionales que se aplican a determinados medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* (para obtener más información, consulte la Sección 4 del Capítulo 5).

Términos legales

Pedir que se quite una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se llama pedir una “**excepción al formulario**”.

- Las normas y restricciones adicionales en la cobertura de ciertos medicamentos incluyen:
 - *Exigencia de usar la versión genérica* de un medicamento en vez del medicamento de marca.
 - *Obtener la aprobación del plan* antes de que aceptemos cubrir el medicamento. (Esto a veces se llama “autorización previa”).

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- *Exigencia de que pruebe primero un medicamento diferente*, antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted está solicitando. (En ocasiones, esto se denomina “terapia escalonada”).
- *Límites de cantidad*. En el caso de algunos medicamentos, existen restricciones en la cantidad del medicamento que usted puede adquirir.

Sección 7.3 Información importante que se debe tener en cuenta acerca de la solicitud de excepciones

Su médico debe comunicarnos las razones médicas

Su médico u otro emisor de la receta debe enviarnos una declaración en la que se expliquen las razones médicas por las que se solicita una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información provista por su médico u otro emisor de la receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una afección determinada. Estas diferentes posibilidades se llaman medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo no sería tan efectivo como el medicamento que solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- En caso de que aprobemos su solicitud de excepción, la aprobación tiene por lo general validez hasta el final del año del plan. Esto regirá siempre que su médico continúe recetándole el medicamento y que el medicamento siga siendo seguro y efectivo para el tratamiento de su afección.
- En caso de que rechacemos su solicitud de excepción, usted puede solicitar una revisión de nuestra decisión mediante una apelación. En la Sección 7.5, se describe cómo presentar una apelación si nuestro plan rechaza su solicitud.

En la sección siguiente, se explica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción.

Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Solicítenos que tomemos una decisión sobre la cobertura de los medicamentos o del pago que necesite. Si debido a su estado de salud necesita una respuesta rápida, deberá solicitarnos que tomemos una “**decisión rápida sobre la cobertura**”. **No puede solicitarnos una decisión rápida sobre la cobertura si lo que usted desea es que le paguemos un medicamento que ya ha adquirido.**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión de la cobertura que desea.** Comience por llamarnos, escribírnos o enviarnos un fax para efectuar su solicitud. Usted, su representante o su médico (u otro emisor de la receta) pueden hacerlo. También puede acceder al proceso de decisión sobre la cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando solicite una decisión sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D*. O, si nos está solicitando que le hagamos un reembolso por un medicamento, consulte la sección titulada: *Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o del medicamento que recibió*.
- **Usted o su médico o alguien que actúe en su nombre** nos pueden pedir una decisión sobre la cobertura. En la Sección 5 de este capítulo, se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito para que otra persona lo represente. Asimismo, puede representarlo un abogado.
- **Si desea solicitarnos que le reembolsemos el dinero de un medicamento,** comience por leer el Capítulo 7 de este folleto: *Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por los servicios médicos o medicamentos cubiertos*. En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que es posible que necesite solicitar un reembolso. Además, se explica cómo enviarnos la documentación para solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento que usted ha pagado.
- **En caso de que esté solicitando una excepción, adjunte la “declaración que justifique su solicitud”.** Su médico u otro proveedor deben darnos las razones médicas por las que necesita la excepción de medicamentos que está pidiendo. (A esto lo llamamos “declaración justificatoria”). Su médico u otro emisor de recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O pueden informarnos por teléfono y luego enviar la declaración escrita por fax o por correo si es necesario. Consulte las secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información acerca de las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario para solicitudes de determinación sobre la cobertura del modelo CMS, disponible en nuestro sitio web.

Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión rápida sobre la cobertura”

Términos legales

Una “decisión rápida sobre la cobertura” se denomina “**determinación expeditiva sobre la cobertura**”.

- Para informarle nuestra decisión, usamos los plazos “estándar” a menos que hayamos aceptado usar los plazos “rápidos”. Una decisión sobre la cobertura

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

estándar significa que le proporcionaremos una respuesta dentro de las 72 horas de haber recibido la declaración de su médico. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le proporcionaremos una respuesta dentro de las 24 horas de haber recibido la declaración de su médico.

- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura debe cumplir con dos requisitos:**
 - Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si está solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si nos está solicitando el reembolso de un medicamento que ya ha adquirido).
 - Usted puede recibir una decisión rápida *solo* si usar los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro emisor de la receta nos informan que su estado de salud requiere una “decisión rápida sobre la cobertura”, automáticamente accederemos a brindarle una decisión rápida.**
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta (sin el justificativo de su médico u otro emisor de la receta), decidiremos si su estado de salud requiere que le brindemos una decisión rápida.
 - En caso de que nuestro plan decida que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con nuestra explicación (y utilizaremos, en cambio, los plazos estándares).
 - En la carta, le explicaremos que en caso de que su médico u otro emisor de la receta nos soliciten una decisión rápida, automáticamente se la brindaremos.
 - En la carta también le explicaremos cómo puede presentar un reclamo sobre nuestra decisión de brindarle una decisión estándar en lugar de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Le informa cómo presentar un reclamo “rápido”, es decir, una respuesta a su reclamo dentro de las 24 horas de haber recibido el reclamo. (El proceso para presentar un reclamo difiere del proceso de decisiones y apelaciones sobre la cobertura. Para obtener más información sobre el procedimiento para presentar reclamos, consulte la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud y le damos una respuesta.

Los plazos para una decisión “rápida” sobre la cobertura

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos darle una respuesta **dentro de las 24 horas**.
 - Por lo general, esto significa dentro de las 24 horas de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de su médico que justifica su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente externa revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud,** debemos proporcionarle la cobertura que hemos acordado brindar en el plazo de 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es negativa,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le haremos saber cómo puede apelar.

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

- Si utilizamos los plazos estándares, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas.**
 - Por lo general, esto significa dentro de las 72 horas de haber recibido su solicitud. Si usted solicita una excepción, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas después de haber recibido la declaración de su médico que justifica su solicitud. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo que solicitó**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que nos comprometimos a proveer **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud o a la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es negativa,** le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le haremos saber cómo puede apelar.

Plazos para una decisión “estándar” sobre la cobertura por el pago de un medicamento que ya ha adquirido

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una organización independiente revisará su solicitud. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es **positiva**, también debemos pagarle dentro de 14 días calendario de recibida su solicitud.
- Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es **negativa**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le haremos saber cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted decidirá si desea presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, tiene derecho a apelar. Presentar una apelación significa que usted nos solicita que reconsideremos (y posiblemente cambiemos) la decisión que hemos tomado.

Sección 7.5	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 (cómo pedir una revisión de la decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)
--------------------	---

Términos legales
Una apelación al plan acerca de una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama “ redeterminación ” del plan.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y presente su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe pedir una “**apelación rápida**”.

Qué hacer

- **Para iniciar su apelación, usted (o su representante, médico u otro emisor de la receta) debe comunicarse con nosotros.**
 - Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax, correo postal o por medio de nuestro sitio web, con cualquier fin relacionado con su apelación, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *(Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presente una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **Para solicitar una apelación estándar, presente la apelación enviando una solicitud escrita.** También puede realizar una apelación llamando por teléfono al número que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 *(Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D)*.
- **Si desea presentar una apelación rápida, debe hacerlo por escrito o llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2** *(Cómo*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre los medicamentos recetados de la Parte D).

- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario para solicitudes de determinación sobre la cobertura del modelo CMS, disponible en nuestro sitio web.
- **Puede presentar su solicitud de apelación dentro de 60 días calendario** desde la fecha en la notificación escrita que le enviamos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre la cobertura. Si no cumplió con este plazo y tiene un buen motivo para no haberlo hecho, podemos otorgarle más tiempo para que presente su apelación. Un buen motivo para no cumplir con el plazo puede ser, por ejemplo, una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para presentar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en la apelación y agregar más información.**
 - Tiene derecho a solicitarnos una copia de la información sobre la apelación.
 - Si lo desea, usted y su médico u otro emisor de la receta pueden aportarnos información adicional para sustentar su apelación.

Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida”.

Términos legales
Una “apelación rápida” también se denomina “redeterminación expeditiva”.

- Si usted está apelando una decisión que tomamos acerca de un medicamento que aún no ha adquirido, usted, su médico u otro emisor de la receta deberán decidir si es necesaria una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión rápida sobre la cobertura” y se detallan en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisemos su apelación, volveremos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Revisamos todo para ver si seguimos todas las normas en el momento en que le dijimos que no a su solicitud. Es probable que nos comuniquemos con usted, con su médico o con su otro emisor de la receta para obtener más información.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Plazos para una apelación “rápida”

- Si utilizamos los plazos rápidos, debemos brindarle una respuesta **en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación**. Le daremos una respuesta antes de ese lapso si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, en el que una Organización de Revisión Independiente revisará su apelación. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si aceptamos, en todo o en parte, su solicitud**, debemos proporcionarle la cobertura que hemos acordado brindar en el plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación “estándar”

- Si aplicamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de 7 días calendario** de recibida su apelación sobre un medicamento que aún no ha recibido. Le informaremos nuestra decisión antes de ese lapso si aún no ha adquirido el medicamento y su estado de salud así lo requiere. Si considera que su salud lo requiere, deberá solicitar una “apelación rápida”.
 - Si no le comunicamos la decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se informa acerca de esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si nuestra respuesta es positiva para todo o parte de lo que solicitó**
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos **proveer la cobertura** que nos comprometimos a proveer tan pronto como su estado de salud lo requiera, pero **en un plazo que no supere los 7 días calendario** de haber recibido su apelación.
 - Si aprobamos una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya ha adquirido, deberemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su solicitud de apelación.
- **Si rechazamos, en todo o en parte, su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita con los motivos del rechazo y cómo apelar nuestra decisión.
- Si usted solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya ha adquirido, deberemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** de haber recibido su solicitud.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si no le comunicamos la decisión dentro de los 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, le informaremos sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en el Nivel 2 de apelación.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es positiva**, también debemos pagarle dentro de 14 días calendario de recibida su solicitud.
- **Si nuestra respuesta a todo o parte de lo que solicitó es negativa**, le enviaremos una declaración escrita que explique por qué dijimos que no. También le haremos saber cómo puede apelar.

Paso 3: Si rechazamos la apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si rechazamos su apelación, usted decidirá si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación (consulte a continuación).

Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2
--------------------	---

Si rechazamos su apelación, usted decidirá si acepta esta decisión o si continúa con otra apelación. Si decide continuar con una apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos en la cual rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la llama “ IRE ”.

Paso 1: Para presentar una apelación de Nivel 2, usted (o su representante, médico u otro emisor de la receta) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación escrita que le enviaremos incluirá las **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones se explica quiénes pueden presentar una apelación en el Nivel 2, qué plazos se deben cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Cuando presente una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta organización la información que tenemos acerca de su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Esta información se denomina “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a solicitar una copia del expediente de su caso.**

- Usted tiene derecho a proporcionarle a la Organización de Revisión Independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hará una revisión de su apelación y le dará una respuesta.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para revisar nuestras decisiones acerca de los beneficios de la Parte D que usted recibe con nuestro plan.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le informará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

Plazos para una apelación “rápida” de Nivel 2

- Si su salud lo requiere, pida una “apelación rápida” a la Organización de Revisión Independiente.
- Si la organización de revisión acepta darle una “apelación rápida”, debe darle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a recibir su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente acepta, en todo o en parte, su solicitud,** debemos proporcionarle la cobertura del medicamento que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 24 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Plazos para una apelación “estándar” de Nivel 2

- Si usted presentó una apelación estándar en el Nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** de haber recibido su apelación si es para un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos un medicamento que usted ya ha adquirido, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días calendario de haber recibido su solicitud.
- **Si la Organización de Revisión Independiente le dice que sí a todo o parte de lo que solicitó –**
 - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, deberemos **proporcionarle la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso por un medicamento que usted ya ha adquirido, deberemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización dice que no a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se conoce como “confirmar la decisión”. También se llama “rechazo de la apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “confirma la decisión”, usted tiene derecho a presentar una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para seguir adelante y presentar otra apelación en el Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita deberá alcanzar un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que usted solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, y la decisión del Nivel 2 será definitiva. En la notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le comunicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita reúne los requisitos, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si su apelación de Nivel 2 es rechazada, y usted reúne los requisitos para continuar el proceso de apelación, deberá decidir si desea proseguir al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si decide presentar una tercera apelación, los detalles de cómo debe hacerlo se encuentran en la notificación escrita que recibió después de su segunda apelación.
- Un juez de derecho administrativo o adjudicador decidirá sobre su apelación de Nivel 3. La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 **Cómo pedir que cubramos una internación para pacientes internados más extensa si piensa que el médico le está dando el alta demasiado pronto**

Al ser admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que son necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura de su atención hospitalaria, incluida cualquier limitación de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Durante la internación cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que deje el hospital. También ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de dejar el hospital.

- El día que abandona el hospital se llama su “**fecha de alta**”.
- Cuando se decida la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se la hará saber.
- Si cree que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una internación más prolongada, y evaluaremos su solicitud. En esta sección, se explica cómo realizar una solicitud.

Sección 8.1	Durante la internación, recibirá una notificación escrita de Medicare que le informa sobre sus derechos.
--------------------	---

Durante la internación en el hospital, se le entregará una notificación escrita denominada *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de esta notificación cada vez que ingresan en un hospital. Alguien del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero) debe dársela dentro de los dos días después de ser admitido. Si no recibe esta notificación, solicítela a cualquier empleado del hospital. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita ayuda (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- 1. Lea esta notificación con cuidado y haga preguntas si no la entiende.** Le informa sobre sus derechos como paciente del hospital, entre ellos:
 - El derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante la internación en el hospital y después de esta, según lo indique el médico. Esto incluye el derecho a conocer cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
 - El derecho a estar involucrado en cualquier decisión acerca de su internación en el hospital y a conocer quién pagará su internación
 - Dónde informar cualquier preocupación que tenga sobre la calidad de su atención en el hospital
 - El derecho a apelar la decisión de darlo de alta, si cree que le están dando el alta demasiado pronto

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Términos legales**

La notificación escrita de Medicare le explica cómo puede “**solicitar una revisión inmediata**”. Solicitar una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar que se retrase la fecha del alta, de modo que se cubra la atención en el hospital durante un periodo más prolongado (en la Sección 8.2 de más abajo, se explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

2. Debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió y que entendió sus derechos.

- Usted o una persona que actúe en su representación debe firmar la notificación. (En la Sección 5 de este Capítulo, se explica cómo puede otorgar permiso por escrito para que otra persona lo represente).
- Firmar la notificación demuestra *solo* que ha recibido la información sobre sus derechos. La notificación no indica la fecha de alta (su médico o el personal del hospital le informarán su fecha de alta). Firmar la notificación **no implica** que esté aceptando una fecha de alta.

3. Guarde su copia de la notificación firmada de modo que tenga a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si lo necesita.

- Si firma la notificación más de dos días antes de la fecha del alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que se programe su alta.
- Para ver una copia de esta notificación con antelación, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) 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. También puede verla en Internet en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

Sección 8.2**Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta del hospital**

Si desea solicitar que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un periodo más extenso, deberá utilizar el proceso de apelación para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, sepa qué debe hacer y cuáles son los plazos.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican todos los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer.
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). O llame a su State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (ver Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad en su estado y pida una “revisión rápida” de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para que controle y mejore la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital de las personas que tienen Medicare.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se le indica cómo comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

Actúe rápidamente:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad *antes* de abandonar del hospital y **no después de su fecha planificada de alta.** (Su “fecha de alta planeada” es la fecha que se ha fijado para que abandone el hospital).
 - Si cumple con este plazo, tiene permitido permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagarla* mientras espera recibir la decisión de su apelación de parte de la Organización de Mejora de Calidad.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si usted *no* respeta este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta planeada, *tendrá que pagar todos los costos* de atención de hospital que reciba después de su fecha de alta planeada.
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad por su apelación, puede presentar la apelación directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar presentar una apelación, consulte la Sección 8.4.

Pida una “revisión rápida”:

- Debe pedirle a la Organización de Mejora de Calidad una **“revisión rápida”** de su fecha de alta. Al solicitar una “revisión rápida”, usted le pide a la organización que utilice los plazos “rápidos” para una apelación en lugar de los plazos estándar.

Términos legales
Una “revisión rápida” también se denomina “revisión inmediata” o “revisión expeditiva”.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán sus antecedentes médicos, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día posterior a que los revisores informen a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá una notificación escrita en la que se indica la fecha planificada para el alta y se explican en detalle los motivos por los que su médico, el hospital y nosotros creemos que es adecuado (médicamente adecuado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

Esta explicación escrita se llama la “**Notificación detallada de alta**”. Para obtener una copia de esta notificación, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver una notificación de muestra en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad le dará una respuesta sobre su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es positiva?

- Si la organización de revisión *acepta* su apelación, **debemos continuar proporcionando los servicios hospitalarios cubiertos, siempre que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Además, es posible que haya limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, significa que considera que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. Si esto sucede, **la cobertura que brindamos para los servicios hospitalarios finalizará al mediodía del día después de que la Organización para la Mejora de la Calidad brinde la respuesta sobre su apelación.**
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y decide permanecer en el hospital, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día después en que la Organización para la Mejora de la Calidad brinde una respuesta sobre la apelación.

Paso 4: Si rechazamos su apelación de Nivel 1, usted decidirá si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization) rechaza la apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación, y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta planeada, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que reconsidere la decisión que tomó respecto de 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 estadía después de su fecha planificada para el alta.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después de que la Organización para la Mejora de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de que finalizara la fecha de la cobertura de la atención.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad reconsiderarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de la recepción de su solicitud para una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió en el hospital desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazara la primera apelación. **Debemos continuar brindando la cobertura por la atención que recibe en el hospital, siempre que sea médicamente necesaria.**
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a su cobertura.

Si la organización de revisión rechaza su apelación:

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión tomada respecto de la apelación de Nivel 1 y que no modificará tal decisión.
- En la notificación que usted recibe, se explican por escrito los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se incluyen detalles sobre cómo pasar

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con la apelación y pasar al Nivel 3.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza la apelación de Nivel 2, puede elegir si acepta esa decisión o si continúa con el Nivel 3 y presenta otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o adjudicador revisará su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.4	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar la apelación de nivel 1?
--------------------	---

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Según se explica en la Sección 8.2, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación de su alta del hospital. (“Rápidamente” implica antes de dejar el hospital y no después de la fecha de alta planificada). Si no se comunica a tiempo con esta organización, puede presentar su apelación de otra forma.

Si presenta su apelación de esta otra forma, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, usted puede presentarnos una apelación para solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándares.

Términos legales
Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación expeditiva ”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre su atención médica.*

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en vez de los plazos “estándares”.

Paso 2: Llevamos a cabo una revisión “rápida” de la fecha planificada para el alta para verificar si es médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, examinamos toda la información acerca de la internación en el hospital. Verificamos si la fecha planificada de alta es médicamente adecuada. Verificamos si la decisión sobre cuándo debería dejar el hospital fue justa y respetó todas las normas.
- En esta situación, usamos los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que acordamos con usted que aún necesita permanecer en el hospital después de la fecha del alta y que seguiremos brindando los servicios cubiertos, siempre que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** significa que creemos que la fecha planificada para el alta es médicamente adecuada. La cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza a partir del día en que comunicamos que finalizaba dicha cobertura.
 - Si permaneció internado en el hospital *después* de la fecha planificada para el alta, entonces **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria después de dicha fecha.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la “Organización de Revisión Independiente”.** Cuando lo hacemos, usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante una apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “**Entidad de Revisión Independiente**”. A veces se la llama “**IRE**”.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas a partir de que le comunicamos el rechazo de la primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para que funcione como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación del alta hospitalaria.
- **Si esta organización *acepta* la apelación,** debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria desde la fecha planificada para el alta. También debemos continuar con la cobertura del plan de los servicios hospitalarios para pacientes internados siempre que sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, éstas pueden limitar el monto que le reembolsaremos el periodo que continuaremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en cuanto a que la fecha planificada para el alta hospitalaria es médicamente adecuada.
 - En la notificación escrita que obtiene de la Organización de Revisión Independiente, se explica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se incluyen detalles sobre cómo pasar a la apelación de Nivel 3, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o adjudicador.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan la apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y realizar una tercera apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo pedir que continuemos cubriendo ciertos servicios médicos si piensa que su cobertura está terminando demasiado pronto

Sección 9.1	<i>En esta sección, se tratan únicamente tres servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF)</i>
--------------------	---

Esta sección se trata *solo* de los siguientes tipos de atención:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que usted está recibiendo
- **Atención de enfermería especializada** que recibe como paciente en un centro de enfermería especializado. (Para obtener información sobre los requisitos para ser considerado un “centro de enfermería especializado”, consulte el Capítulo 12: *Definiciones de palabras importantes*).
- **Atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. En general, esto implica que recibe tratamiento por una enfermedad o un accidente, o que se recupera de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro, consulte el Capítulo 12: *Definiciones de palabras importantes*).

Al recibir cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluidas su parte del costo y cualquier limitación de esta cobertura que pueda aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: *Cuadro de beneficios (qué está cubierto)*.

Cuando decidimos que es momento de cancelar la cobertura de cualquiera de los tres tipos de atención, debemos comunicárselo con anticipación. Cuando se cancela la cobertura de esa atención, *dejamos de pagar su parte del costo por la atención*.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Si cree que se está cancelando la cobertura de la atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. En esta sección, se describe cómo presentar una apelación.

Sección 9.2 Le comunicaremos con anticipación cuándo se cancelará la cobertura.

1. **Recibirá una notificación escrita.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir la atención que recibe, usted recibirá una notificación.
 - En la notificación escrita, se indica la fecha en la que dejaremos de cubrir la atención que recibe.
 - La notificación por escrito también le informa lo que puede hacer si quiere solicitar que en nuestro plan se modifique esta decisión sobre cuándo finalizar su atención y que se le siga cubriendo esta atención por un periodo más prolongado.

Términos legales

Para explicarle lo que puede hacer, la notificación escrita le indica cómo puede solicitar una **“apelación por vía rápida”**. La solicitud de una apelación por vía rápida es una manera formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre la cobertura que tomamos acerca de cuándo cancelar la atención que recibe. (En la Sección 9.3 más abajo, se explica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida).

La notificación escrita se llama **“Notificación de no cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto) 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 vea una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

2. **Debe firmar la notificación escrita para indicar que la recibió.**
 - Usted o una persona que actúe en su representación debe firmar la notificación. (En la Sección 5, se explica cómo puede otorgar permiso por escrito para que otra persona lo represente).
 - Firmar la notificación *solamente* indica que recibió la información acerca de cuándo se cancela la cobertura. **Firmarla no implica que esté de acuerdo** con el momento establecido para que deje de recibir la atención.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)****Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención durante más tiempo**

Si desea solicitarnos que cubramos la atención durante un periodo más extenso, deberá utilizar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de comenzar, sepa qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican todos los pasos de los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y de cumplir los plazos que se aplican a lo que usted debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no cumplimos con los plazos, puede realizar un reclamo. En la Sección 11 de este capítulo se explica cómo realizar un reclamo).
- **Solicite ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, comuníquese con los Servicios para Miembros (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). O llame a su State Health Insurance Assistance Program, una organización gubernamental que provee asistencia personalizada (ver Sección 2 de este capítulo).

Durante la apelación en el Nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa la apelación y decide si modifica la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápidamente.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Esta organización consiste en un grupo de médicos y otros expertos de atención de la salud a los que les paga el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Ellos verifican la calidad de la atención recibida por personas con Medicare y revisan las decisiones del plan respecto de cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención de la salud.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

- En la notificación escrita que recibió se le indica cómo puede comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe pedir?

- Solicite a esta organización una “apelación por vía rápida” para realizar una revisión independiente de si es médicamente adecuado que cancelemos la cobertura de los servicios médicos que recibe.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad para comenzar la apelación *antes del mediodía del día posterior al que recibe la notificación escrita en donde se le comunica que se cancela la cobertura de la atención que recibe.*
- Si no cumple con el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad por su apelación, puede presentar la apelación directamente a nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de realizar presentar una apelación, consulte la Sección 9.5.

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

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (los llamaremos “los revisores” para abreviar) le preguntarán (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura para los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con el médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, y también recibirá una notificación escrita en la que se explican los motivos de la cancelación de la cobertura que le brindamos para los servicios que recibe.

Términos legales
Esta explicación escrita se llama la “Explicación detallada de no cobertura”.

Paso 3: En el transcurso de un día completo después de obtener toda la información necesaria, los revisores le comunican su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí a su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir brindando sus servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Deberá seguir pagando su parte de los costos (los deducibles o los copagos, en caso de que se apliquen). Además, es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores dicen que no a su apelación?

- Si los revisores *rechazan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos comunicado.** Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que se indica en la notificación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica a domicilio, de un centro de enfermería especializada o de un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de esta fecha cuando finaliza su cobertura, entonces **usted deberá pagar el costo total de esta atención.**

Paso 4: Si rechazamos su apelación de Nivel 1, usted decidirá si desea presentar otra apelación.

- La primera apelación que realiza es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y si usted decide continuar recibiendo atención después de que finalice la cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasa al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 9.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención durante más tiempo
--------------------	---

Si la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su apelación y usted decide continuar recibiendo atención después de que finalice la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2. Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para la Mejora de la Calidad que reconsidere la decisión que tomó respecto de 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 atención médica a domicilio, la atención en centros de enfermería especializados o los servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura.

Estos son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelación:

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya *rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continúa recibiendo atención después de la fecha de finalización de su cobertura para la atención.

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

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad reconsiderarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre ella y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí a su apelación?

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** por la atención que recibe mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que dicha organización está de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de la apelación de Nivel 1 y que no modificará tal decisión.
- En la notificación que usted recibe, se explican por escrito los pasos que puede seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se incluyen detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, usted deberá decidir si desea continuar con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión, o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o adjudicador revisará su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 9.5	¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar la apelación de nivel 1?
--------------------	---

Puede presentar una apelación ante nosotros directamente

Según se explica en la Sección 9.3, usted debe comunicarse rápidamente con la Organización para la Mejora de la Calidad a fin de iniciar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días, como máximo). Si no se comunica a tiempo con esta organización, puede presentar su apelación de otra forma. Si presenta su apelación de esta otra forma, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes*.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 *alternativa*

Si se le vence el plazo para comunicarse con la Organización para la Mejora de la Calidad, usted puede presentarnos una apelación para solicitar una “revisión rápida”. La revisión rápida es una apelación que usa los plazos rápidos en vez de los plazos estándares.

Estos son los pasos de una apelación alternativa de Nivel 1:

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

Términos legales

Una revisión “rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “**apelación expeditiva**”.

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada *Cómo comunicarse con nuestro plan cuando presenta una apelación sobre su atención médica*.
- **Asegúrese de pedir una “revisión rápida”.** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en vez de los plazos “estándares”.

Paso 2: Realizamos una revisión “rápida” de la decisión que tomamos sobre la fecha de cese de cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, reconsideramos toda la información sobre su caso. Controlamos si cumplimos con todas las normas al establecer la fecha de finalización de la cobertura del plan para los servicios que usted recibía.
- Utilizaremos los plazos “rápidos” en vez de los plazos estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una “revisión rápida” (“apelación rápida”).

- **Si aceptamos su apelación rápida,** significa que estamos de acuerdo en que usted necesita servicios durante un periodo más prolongado y que continuaremos proporcionando los servicios cubiertos mientras sea médicamente necesario. También significa que aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura).
- **Si rechazamos su apelación rápida,** su cobertura finalizará en la fecha que le dijimos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Si mantiene los servicios de atención médica a domicilio, de atención en centros de enfermería especializada o en centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría la cobertura, entonces **deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso se envía automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber seguido todas las normas al momento de rechazar su apelación rápida, **tenemos la obligación de enviar su apelación a la “Organización**

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

de Revisión Independiente”. Cuando lo hacemos, usted pasa *automáticamente* al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación de Nivel 2 *alternativa*

Si rechazamos su apelación de Nivel 1, su caso se envía *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante una apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando rechazamos su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar la decisión tomada.

Términos legales
El nombre formal para la “Organización de Revisión Independiente” es la “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se la llama “ IRE ”.

Paso 1: Enviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información para la apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente dentro de las 24 horas a partir de que le comunicamos el rechazo de la primera apelación. (Si usted considera que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros plazos, puede presentar un reclamo. El proceso de reclamos es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo se explica cómo presentar un reclamo).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente realiza una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- **La Organización de Revisión Independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía elegida por Medicare para que funcione como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle (pagarle) nuestra parte de los costos de la atención que recibió desde la fecha en que dijimos que nuestra cobertura finalizaría. También debemos continuar cubriendo la atención mientras sea médicamente necesario. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones en la cobertura, éstas pueden limitar el monto que le reembolsaremos el periodo que continuaremos cubriendo los servicios.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si esta organización **rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión de nuestro plan ante su primera apelación y que no la modificarán.
 - En la notificación escrita que obtiene de la Organización de Revisión Independiente, se explica lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le brinda los detalles sobre cómo pasar a una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decidirá si desea proseguir con la apelación.

- Existen tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, puede optar por aceptar esa decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o adjudicador revisará su apelación.
- La Sección 10 de este capítulo le informa más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 10 Cómo presentar su apelación de Nivel 3 y de niveles superiores

Sección 10.1 Los niveles de apelación 3, 4 y 5 para apelaciones de servicios médicos

Esta sección puede ser la adecuada para usted si ha presentado una apelación en los Niveles 1 y 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor económico del artículo o servicio médico por el cual presentó la apelación cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con los niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no podrá continuar con la apelación. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta que reciba por escrito a su apelación en el Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación en el Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado Juez de Derecho Administrativo) o un adjudicador federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si el Juez de Derecho Administrativo o adjudicador aprueba su apelación, el proceso de apelaciones **puede o no darse por concluido**. Nosotros decidiremos si presentaremos o no una apelación de Nivel 4 de esta decisión. A diferencia de una

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Juez de Derecho Administrativo o adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionarle el servicio en disputa.
- **Si el Juez de Derecho Administrativo o adjudicador rechaza su apelación, el proceso puede o no darse por concluido.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o adjudicador no acepta su apelación, en la notificación que usted recibe se indican los pasos que debe seguir si elige continuar con su apelación.

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

- **Si la respuesta es afirmativa o el Consejo de Apelaciones rechaza nuestra solicitud de revisión de una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones puede o no darse por concluido.** Nosotros decidiremos si presentaremos o no una apelación de Nivel 5 de esta decisión. A diferencia de una decisión de Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede o no darse por concluido.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en la notificación que recibe se indica si las normas le permiten continuar con una apelación en el Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en la notificación escrita, también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer en adelante si decide continuar con su apelación.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles 3, 4 y 5 de apelación para medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser la adecuada para usted si ha presentado una apelación en los Niveles 1 y 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que ha presentado una apelación llega a un determinado monto en dólares, usted podrá avanzar a otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es inferior, no podrá continuar con la apelación. En la respuesta que reciba por escrito a su apelación de Nivel 2, se explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de manera muy similar. Las siguientes personas y organismos están a cargo de revisar su apelación en cada uno de esos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez (llamado **Juez de Derecho Administrativo**) o un **adjudicador federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación queda concluido.** Lo que pidió en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Juez de Derecho Administrativo o adjudicador **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones expeditivas) o realizar el pago en 30 días calendario o menos** una vez que se nos comunica la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* quedar concluido.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Juez de Derecho Administrativo o adjudicador no acepta su apelación, en la notificación que usted recibe se indican los pasos que debe seguir si elige continuar con su apelación.

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

- **Si la respuesta es positiva, el proceso de apelación queda concluido.** Lo que pidió en la apelación ha sido aprobado. Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que aprobó el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones expeditivas) o realizar el pago en 30 días calendario o menos** una vez que se nos comunica la decisión.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no* quedar concluido.
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso queda concluido.
 - Si no desea aceptar la decisión, podría continuar hacia el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o niega su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación que reciba se le indicará si las normas le permiten proseguir a una apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, en la notificación escrita, también se le indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer en adelante si decide continuar con su apelación.

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

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 11 **Cómo realizar reclamos sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros asuntos**



Si su problema se relaciona con las decisiones acerca de los beneficios, la cobertura o el pago, esta sección *no es la adecuada para usted*. En cambio, deberá utilizar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipo de problemas se tratan mediante el proceso de reclamos?
--

En esta sección, se explica cómo utilizar el proceso para presentar reclamos. El proceso de reclamos se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente que usted recibe. A continuación, se describen algunos ejemplos de las clases de problemas que se resuelven mediante el proceso de reclamo.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede “realizar un reclamo”.

Reclamo	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (lo que incluye atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que alguien no respetó su derecho a la privacidad o divulgó información de usted que cree debe ser confidencial?
Falta de respeto, mal Servicio al Cliente, u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien le faltó el respeto o fue grosero con usted? • ¿No está satisfecho con el trato que le brindó nuestra área de Servicios para Miembros? • ¿Se siente incentivado a renunciar a nuestro plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para obtener una cita o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Tuvo que esperar demasiado para que lo atienda un médico, un farmacéutico u otro profesional de la salud? ¿O para que lo atienda el personal de Servicios para Miembros u otros empleados del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o para obtener una receta.
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la limpieza o condición de una clínica, hospital o consultorio del médico?
Información que le proporcionamos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera que no le notificamos algo que debemos notificar? • ¿Considera que la información escrita que le hemos enviado es difícil de comprender?

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Reclamo	Ejemplo
<p>Tiempos (Estos tipos de reclamos están relacionados con los <i>tiempos</i> de nuestras acciones en relación con las decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>El proceso de solicitud de una decisión de cobertura y de presentación de apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si está solicitando una decisión o presentando una apelación, deberá utilizar ese proceso y no el proceso de reclamos.</p> <p>Sin embargo, si usted ya ha solicitado una decisión sobre la cobertura o ha presentado una apelación y considera que no le estamos respondiendo con suficiente prontitud, puede además presentar un reclamo por nuestra tardanza. Los ejemplos son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si nos ha solicitado una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida” y nuestra respuesta a dicha solicitud es negativa, puede presentar un reclamo. • Si considera que no estamos cumpliendo con los plazos para brindar una decisión sobre la cobertura o una respuesta a una apelación que ha presentado, usted puede presentar un reclamo. • Cuando se revisa una decisión sobre la cobertura que tomamos y se nos informa que debemos otorgarle la cobertura o el reembolso de determinados servicios médicos o medicamentos, se aplican ciertos plazos. Si considera que no estamos cumpliendo con esos plazos, puede presentar un reclamo. • Cuando no le brindamos una decisión a tiempo, tenemos la obligación de derivar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo establecido, usted puede presentar un reclamo.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

Sección 11.2 El nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”.

Términos legales

- En esta sección, lo que se llama “**reclamo**” también se puede llamar “**queja**”.
- Otro término para “**realizar un reclamo**” es “**presentar una queja**”.
- Otra manera de decir “**usar el proceso para reclamos**” es “**usar el proceso para presentar una queja**”.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar un reclamo

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

- **Por lo general, el primer paso consiste en llamar a Servicio para Miembros.** Si debe hacer algo más, el área de Servicios para Miembros se lo informará. Comuníquese con Servicios para Miembros al **1-800-332-5762** (TTY: **711**). Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar. puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner su reclamo por escrito y enviárnoslo.** Si presenta su reclamo por escrito, le responderemos por escrito.
- **Puede presentar una queja llamando a nuestro departamento de Servicio para Miembros.** Trataremos de resolver su queja por teléfono, pero si no se siente cómodo llamando al Servicio para Miembros, nos puede enviar una queja por carta o fax. Le enviaremos una respuesta a usted o a su representante lo antes posible o en un plazo de 30 días como máximo posterior a la fecha en que se haya recibido su queja. También puede presentar una queja si prolongamos el plazo respecto de la decisión de cobertura o el plazo de una apelación, o bien si decidimos aplicar el plazo estándar para una decisión de cobertura o apelación “rápida” solicitada. En este caso puede presentar una queja expeditiva. Responderemos a su queja expeditiva dentro de un plazo de 24 horas. En ambos casos, si necesitamos más tiempo para dar una respuesta, nos comunicaremos con usted para explicarle por qué es necesario ese tiempo adicional. Si tiene algún reclamo sobre la calidad de la atención o solicitó una respuesta por escrito, le responderemos por escrito.

Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo (decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)

- **Ya sea por teléfono o por escrito, debe comunicarse con Servicios para Miembros de inmediato.** El reclamo se debe hacer en un plazo de 60 días calendario después de que tuvo el problema por el que desea reclamar.
- **Si está realizando un reclamo porque le denegamos su solicitud de una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación rápida”, automáticamente le otorgaremos un reclamo “rápido”. Si tiene un reclamo “rápido”, le responderemos dentro de las 24 horas.**

Términos legales

En esta sección, lo que se llama “**reclamo rápido**” también se puede llamar “**queja expeditiva**”.

Paso 2: Evaluamos su reclamo y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos de inmediato.** Si nos llama por un reclamo, es posible que podamos darle una respuesta en esa misma llamada. Si su estado de salud requiere que le brindemos una respuesta rápida, así lo haremos.
- **La mayoría de los reclamos se resuelven en 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es en su beneficio, o si usted nos solicita más tiempo, disponemos de un máximo de 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su reclamo. Si decidimos demorar más días, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si no estamos de acuerdo con su reclamo, en su totalidad o en parte, o si no asumimos responsabilidad por el problema por el que se queja, se lo haremos saber.** En nuestra respuesta se incluirán nuestras razones. Debemos brindarle una respuesta, ya sea que aceptemos o no su reclamo.

Sección 11.4 También puede realizar reclamos sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Usted puede presentarnos su reclamo acerca de la calidad de la atención recibida mediante el proceso detallado anteriormente.

Si su reclamo es acerca de la *calidad de la atención*, usted tiene, además, otras dos opciones:

- **Puede presentar su reclamo ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su reclamo acerca de la calidad de la atención recibida directamente a esta organización (*sin* presentarnos su reclamo).
 - La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos en actividad y otros expertos en atención de la salud a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

**Capítulo 9. Qué hacer si tiene un problema o reclamo
(decisiones de cobertura, apelaciones, reclamos)**

- Para encontrar el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta un reclamo ante esta organización, trabajaremos en conjunto para resolver su reclamo.
- **O bien, puede realizar su reclamo en ambos lugares al mismo tiempo.** Si lo desea, puede realizar su reclamo sobre la calidad de la atención ante nuestro plan y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informar a Medicare sobre su reclamo

Puede presentar un reclamo acerca de BlueCare Plus directamente a Medicare. Para presentar un reclamo a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare acepta sus reclamos seriamente y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUS BENEFICIOS DE MEDICAID**SECCIÓN 12 Cómo manejar los problemas relacionados con los beneficios de TennCare (Medicaid)**

También puede comunicarse con TennCare (Medicaid) si necesita más información y ayuda para resolver un problema. Consulte su manual de TennCare (Medicaid) para obtener más información o comuníquese con su agencia estatal de TennCare (Medicaid) según la información de contacto que aparece en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto.

CAPÍTULO 10

*Cómo finalizar su membresía
en el plan*

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

SECCIÓN 1	Introducción.....	230
Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en cómo terminar su membresía en nuestro plan. .	230
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	230
Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y TennCare (Medicaid)	230
Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción anual.....	232
Sección 2.3	Usted puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage	232
Sección 2.4	En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un periodo de inscripción especial	233
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	234
SECCIÓN 3	¿Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan?	235
Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan.	235
SECCIÓN 4	Hasta que termine su membresía, deberá continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	236
Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan	236
SECCIÓN 5	BlueCare Plus debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones	237
Sección 5.1	¿Cuándo debemos finalizar su membresía en el plan?	237
Sección 5.2	<u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.....	238
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan	238

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Este capítulo se enfoca en cómo terminar su membresía en nuestro plan.
--------------------	---

La finalización de su membresía en BlueCare Plus puede ser **voluntaria** (por elección propia) o **involuntaria** (no por su propia elección):

- Usted puede abandonar nuestro plan porque ha decidido que *desea* salir.
 - Solo hay determinadas épocas del año, o determinadas situaciones, en las que puede poner fin voluntariamente a su membresía en el plan. En la Sección 2, se le informa cuándo puede finalizar su membresía en el plan. La Sección 2 indica en qué tipos de planes se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en la nueva cobertura.
 - El proceso para poner fin voluntariamente a su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. La Sección 3 le informa *cómo* finalizar su membresía en cada situación.
- Asimismo, existen situaciones limitadas en las que usted no decide poner fin a su membresía, pero nosotros debemos hacerlo. En la Sección 5, se comentan las situaciones en las que debemos poner fin a su membresía.

En caso de que abandone nuestro plan, deberá seguir recibiendo atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede poner fin a su membresía en nuestro plan solo durante determinadas épocas del año, conocidas como periodos de inscripción. Todos los miembros pueden abandonar el plan durante el periodo de inscripción anual y durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage. En algunos casos, usted también puede ser elegible para retirarse del plan durante otros momentos del año.

Sección 2.1	Es posible que pueda finalizar su membresía porque tiene Medicare y TennCare (Medicaid)
--------------------	--

La mayoría de las personas con Medicare puede finalizar su membresía solamente durante determinados momentos del año. Dado que usted tiene TennCare (Medicaid), es posible que pueda finalizar su membresía en nuestro plan o cambiar a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes periodos de inscripción especial:

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

- Enero a marzo
- Abril a junio
- Julio a septiembre

Si se inscribió en nuestro plan durante alguno de estos periodos, tendrá que esperar al periodo siguiente para finalizar su membresía o cambiar a un plan diferente. No podrá utilizar este periodo de inscripción especial para finalizar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tengan Medicare pueden hacer cambios entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre durante el periodo de inscripción anual. La Sección 2.2 le ofrece más información sobre el periodo de inscripción anual.

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10, proporciona más información sobre los programas de administración de medicamentos.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a un plan nuevo, puede elegir entre los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura “acreditable” de medicamentos recetados durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” es una cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con la oficina estatal de Medicaid para obtener más información sobre las opciones del plan TennCare (Medicaid) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Qué vigencia tiene su membresía?** Su membresía por lo general finalizará el primer día del mes luego de recibir su solicitud de cambiar sus planes. Ese mismo día también comenzará la inscripción en su nuevo plan.

Sección 2.2 Usted puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción anual

Puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción anual (también conocido como “periodo de inscripción abierta anual”). Es el momento en el que debe revisar su cobertura médica y de medicamentos, y tomar una decisión acerca de su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuál es el periodo de inscripción anual?** Este periodo se da desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el Periodo de inscripción anual?** Usted puede optar por conservar su cobertura actual o modificarla para el año entrante. Si decide cambiarse a otro plan, puede elegir entre los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
 - – *o bien*, – Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados Medicare por separado.

Si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” es una cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Qué vigencia tiene su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience su nueva cobertura el 1 de enero.

Sección 2.3 Usted puede finalizar su membresía durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage

Usted puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **¿Cuándo es el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Este periodo tiene lugar todos los años, desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el periodo anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este tiempo, puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse al Original Medicare durante este periodo, tiene tiempo hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare para agregar la cobertura de medicamentos.
- **¿Qué vigencia tiene su membresía?** Su membresía finaliza el primer día del mes después de que se inscriba en un plan de Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en este plan comenzará el primer día del mes después de que el plan reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.4 En determinadas situaciones, puede finalizar su membresía durante un periodo de inscripción especial

En algunos casos, usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante otros momentos del año. Esto se conoce como **periodo de inscripción especial**.

- **¿Quién es elegible para un periodo de inscripción especial?** Si cualquiera de las siguientes situaciones se aplica a su caso en particular, usted puede reunir los requisitos para finalizar su membresía durante un periodo de inscripción especial. Estos son solo ejemplos; para ver la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - Generalmente, cuando se muda
 - Si tiene TennCare (Medicaid)
 - Si reúne los requisitos para recibir “Ayuda Extra” (Extra Help) para el pago de sus medicamentos recetados de Medicare
 - Si no cumplimos el contrato que celebramos con usted
 - Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC)
 - Si se inscribe en el programa de atención integral para adultos mayores (PACE)
- **¿Cuándo son los periodos de inscripción especial? Los periodos de inscripción varían según su situación.**
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si usted es elegible para un Periodo 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 usted es elegible para finalizar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Es decir que puede optar por cualquiera de los tipos de planes mencionados a continuación:

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

- Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado
- - *o bien* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos recetados Medicare por separado.

Si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo continuo de 63 días o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura “acreditable” es una cobertura que paga, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la multa por inscripción tardía.

- **¿Qué vigencia tiene su membresía?** Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Nota: Las Secciones 2.1 y 2.2 brindan más información sobre el periodo de inscripción especial para las personas que tengan TennCare (Medicaid) y “Ayuda Extra” (Extra Help).

Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o le gustaría recibir más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar información en el manual *Medicare y Usted 2019*.
 - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de *Medicare y Usted* en otoño. Las personas nuevas en Medicare la reciben un mes después de haberse inscrito.
 - También puede descargar una copia desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O puede solicitar una copia impresa a Medicare llamando al número que figura a continuación.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

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

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

Sección 3.1	Generalmente, usted finaliza su membresía al inscribirse en otro plan.
--------------------	---

Usualmente, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si usted desea cambiar de nuestro plan a Original Medicare pero no ha elegido un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, debe solicitar que se anule su inscripción en nuestro plan. Puede solicitar que se anule su inscripción en nuestro plan de dos maneras:

- Puede enviarnos una solicitud por escrito. Comuníquese con Servicio para Miembros si desea obtener más información sobre cómo hacerlo (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).
- *--O bien--* Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

En la tabla a continuación se explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueCare Plus cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueCare Plus cuando comience la cobertura del nuevo plan.

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Debe hacer lo siguiente:
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados Medicare por separado <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, es posible que Medicare lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática. ○ Si usted anula su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Envíenos por escrito una solicitud para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicio para Miembros si desea obtener más información sobre cómo hacerlo (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto). • También puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se anule su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará automáticamente su inscripción en BlueCare Plus cuando comience la cobertura de Original Medicare.

Si tiene preguntas sobre los beneficios de TennCare (Medicaid), comuníquese con TennCare llamando al 1-800-342-3145, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., todas las zonas horarias. TennCare está cerrado los feriados estatales. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-779-3103. Pregunte de qué manera inscribirse en otro plan o volver a Original Medicare afectan la cobertura que le brinda TennCare.

SECCIÓN 4 Hasta que termine su membresía, deberá continuar adquiriendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1	Hasta que termine su membresía, usted sigue siendo miembro de nuestro plan
--------------------	---

Si renuncia a BlueCare Plus, puede pasar cierto tiempo antes de que finalice su membresía y entre en vigencia la nueva cobertura de Medicare. (Consulte la Sección 2 para obtener más información sobre la fecha en que comienza su nueva cobertura). Durante este periodo, usted debe seguir recibiendo su atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe continuar utilizando las farmacias de nuestra red para obtener el abastecimiento de sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.**

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

Usualmente, los medicamentos recetados solo se cubren si se abastecen en una farmacia de la red, incluidos los servicios de farmacia de venta por correo.

- **Si usted es hospitalizado el día en que finaliza su membresía, generalmente, la internación estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (aunque le den el alta después del comienzo de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 BlueCare Plus debe finalizar su membresía en el plan en determinadas situaciones

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

BlueCare Plus debe finalizar su membresía en el plan si se da cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si deja de tener Medicare Parte A y Parte B.
- Si usted no reúne los requisitos para TennCare (Medicaid), tal como se establece en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y TennCare (Medicaid). Si ha permanecido sin cobertura de TennCare (Medicaid) por más de 3 meses o ya no está inscripto en el mínimo nivel requerido de la cobertura de TennCare (Medicaid), debemos anular su membresía de nuestro plan.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio
- Si está fuera de nuestra área de servicios durante más de seis meses
 - Si se muda o emprende un viaje largo, debe comunicarse con Servicios para Miembros para averiguar si el nuevo lugar de residencia o el lugar de destino de su viaje se encuentra en el área de nuestro plan. (Los números telefónicos de Servicios para Miembros aparecen en la contraportada de este folleto).
- Si lo encarcelan (va a prisión)
- Si usted no es ciudadano estadounidense ni reside legalmente en los Estados Unidos
- Si miente u oculta información sobre otro seguro con cobertura de medicamentos recetados que pueda tener
- Si nos proporciona información incorrecta de manera intencional cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta los requisitos que debe reunir para formar parte de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera inapropiada y nos dificulta la tarea de proporcionarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).

Capítulo 10. Cómo finalizar su membresía en el plan

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos una autorización de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar al Inspector General que investigue su caso.
- Si usted debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare anulará su inscripción en el plan, y usted perderá su cobertura de medicamentos recetados

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a **Servicios para Miembros** para obtener más información (los números telefónicos aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2	<u>No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.</u>
--------------------	--

BlueCare Plus no puede pedirle que abandone su plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si piensa que le pedimos que abandone nuestro plan por razones de salud, debe llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar un reclamo si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	---

Si ponemos fin a su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito. También debemos explicar cómo puede presentar una queja o un reclamo acerca de nuestra decisión de finalizar su membresía. Consulte la Sección 11 del Capítulo 9 para obtener información acerca de cómo realizar un reclamo.

CAPÍTULO 11

Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1	Aviso sobre las leyes vigentes	241
SECCIÓN 2	Aviso contra la discriminación.....	241
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	241
SECCIÓN 4	Coordinación de beneficios.....	241
SECCIÓN 5	Responsabilidad de terceros y subrogación	243

Capítulo 11. Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

Se aplican muchas leyes a esta *Evidencia de Cobertura* y se pueden aplicar algunas cláusulas adicionales porque la ley lo exige. Esto puede afectar sus derechos y obligaciones, aunque las leyes no se incluyan o se expliquen en este documento. La ley principal que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social y las reglamentaciones creadas en virtud de la Ley de Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services), o CMS. Asimismo, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado donde usted reside.

SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación

No discriminamos por motivos de raza, grupo étnico, nacionalidad, color de piel, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica dentro del área de servicios. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, el Acta de Rehabilitación de 1973, el Acta de Discriminación por Razón de Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, el artículo 1557 de la Ley de Atención Accesible, todas las demás leyes que se apliquen a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Es posible que reciba un Aviso contra la discriminación en las comunicaciones que reciba del plan.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por servicios cubiertos de Medicare para los cuales Medicare no es el pagador primario. Según la normativa de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del título 42 del CFR, BlueCare Plus, como una organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los ejercicios de secretaría según las normativas de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen las leyes del Estado.

SECCIÓN 4 Coordinación de beneficios

El programa Medicare tiene reglas y requisitos (denominados reglas de pagador secundario de Medicare) que abordan la responsabilidad financiera por las reclamaciones de atención médica cuando una persona tiene cobertura de Medicare y también puede haber otra cobertura disponible para pagar dichas reclamaciones. Por ejemplo, si usted tiene beneficios de salud de un plan de salud grupal patrocinado por su empleador además de los beneficios de Medicare que recibe de

Capítulo 11. Avisos legales

nuestra parte, coordinaremos sus beneficios de Medicare con este otro plan de salud grupal de conformidad con las reglas de pagador secundario de Medicare. O bien, si usted sufre una lesión o enfermedad relacionadas con el trabajo y dispone de beneficios de indemnización por accidentes de trabajo, o si sufrió un accidente o una lesión, las reglas de pagador secundario de Medicare establecerán si otra persona o cobertura deberían pagar sus gastos de atención médica antes de que apliquemos sus beneficios de Medicare.

Coordinamos los beneficios de acuerdo con las reglas de pagador secundario de Medicare y ejercemos todos los derechos del programa de Medicare conforme a las reglas de pagador secundario de Medicare.

Cuando usted tiene otra cobertura además de los beneficios de Medicare y cuando puede haber otra cobertura (como seguro automotor) disponible para pagar sus reclamaciones de atención médica, coordinamos sus beneficios de Medicare con esta otra cobertura de conformidad con las reglas de pagador secundario de Medicare. Por lo general, usted recibirá su atención médica a través de nuestra red de proveedores y la otra cobertura puede ayudar a pagar la atención que recibe. En algunas circunstancias, por ejemplo, cuando usted tiene cobertura patrocinada por el empleador además de los beneficios de Medicare que recibe de nuestra parte, puede maximizar su cobertura al recibir atención médica de un proveedor que participa en nuestra red de proveedores y que también participa en la red de proveedores de su otra cobertura.

Siempre aplicaremos sus beneficios de Medicare después de que se realice el pago o de que se espere de manera razonable que se realice el pago a través de lo siguiente:

Una ley o plan de indemnización por accidentes de trabajo;

Cualquier seguro no basado en la culpa, incluido el seguro automotor y no automotor no basado en la culpa y el seguro de pagos médicos;

Cualquier póliza o plan de seguro de responsabilidad (incluido un plan autoasegurado o autofinanciado) emitido conforme a una póliza o cobertura automotor o de otro tipo; y

Cualquier póliza o plan de seguro automotor (incluido un plan autoasegurado), incluidas, entre otras, las coberturas contra conductores sin seguro y con cobertura deficiente.

Podemos realizar pagos condicionales mientras se toma una determinación sobre quién es un tercero responsable o mientras hay una reclamación por responsabilidad pendiente. En algunas circunstancias, podemos recibir y pagar reclamaciones sin saber que hay una responsabilidad o reclamación pendiente con otro plan, aseguradora, o tercero responsable. En estos casos, cualquier pago que realicemos por sus reclamaciones será condicional. Debemos recibir el reembolso de los pagos condicionales al momento de recibir el pago del seguro o de responsabilidad.

Si usted recibe un pago de otra persona o entidad, tenemos derecho a recuperar de usted y a que usted nos reembolse cualquier pago condicional que hagamos.

Tendremos un gravamen automático sobre cualquier recuperación por pagos condicionales, ya sea mediante sentencia, acuerdo u otra resolución. El gravamen puede imponerse contra

Capítulo 11. Avisos legales

cualquier persona o entidad que posea fondos o ingresos correspondientes a los montos de los pagos condicionales, incluidos, sin limitación, usted, sus representantes, agentes, cualquier persona, entidad, aseguradora responsable de ocasionarle una lesión, enfermedad o afección, o cualquier persona, entidad o aseguradora identificada como un pagador primario.

No realizaremos pagos duplicados por reclamaciones cubiertas por otra cobertura, ni aplicaremos sus beneficios de Medicare sobre los beneficios que usted recibe por otra cobertura automotor, por accidentes, de responsabilidad o de otro tipo. Es su responsabilidad tomar cualquier medida que sea necesaria para recibir el pago o los beneficios correspondientes a dicha cobertura automotor, por accidentes, de responsabilidad o de otro tipo. Al inscribirse en nuestro plan, usted acepta notificarnos cuando dispone de dicha cobertura y, además, cooperar con nosotros para obtener el reembolso por el monto de cualquier pago condicional efectuado por nosotros. Si proporcionamos beneficios antes que cualquier otro tipo de cobertura o beneficios de salud que usted tenga, podemos exigir la recuperación de los beneficios que proporcionamos de acuerdo con las reglas de pagador secundario de Medicare, incluida la recuperación del monto pagado por sus reclamaciones. Consulte Responsabilidad de terceros y subrogación para obtener más información sobre nuestros derechos de recuperación.

Este es un breve resumen de cómo funcionan las reglas de pagador secundario de Medicare y de cómo las aplicaremos a las reclamaciones para los servicios de atención médica que usted reciba. La determinación de que paguemos en primer lugar, en segundo lugar o de que no paguemos depende de los tipos de seguro o cobertura adicionales que usted tenga o que se pueda aplicar a su reclamación, y de cómo se aplican las reglas de pagador secundario de Medicare a su situación. Las reglas de pagador secundario de Medicare están publicadas en el Código de Regulaciones Federales.

Para obtener información general sobre el programa de pagador secundario de Medicare, puede consultar un folleto de Medicare llamado *Medicare and Other Health Benefits: Your Guide to Who Pays First (Medicare y otros beneficios de salud: su guía para saber quién paga primero)* (publicación número 02179). Puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE o visitando el sitio web <https://www.medicare.gov>.

SECCIÓN 5 Responsabilidad de terceros y subrogación

De acuerdo con sus derechos y obligaciones y nuestros derechos y obligaciones conforme a las reglas de pagador secundario de Medicare, usted debe notificarnos a la brevedad si tiene una lesión, enfermedad o afección de la cual un tercero es o puede ser responsable. Esto incluye, sin limitación, beneficios que usted pueda tener por una cobertura automotor (incluyendo seguro sin culpa), de propiedad, por accidente o de responsabilidad e incluye situaciones en las que otra parte es supuestamente o presuntamente responsable.

Tenemos el derecho a recuperar los montos que pagamos por sus reclamaciones de parte de cualquier tercero responsable del pago de los gastos o beneficios de atención médica relacionados con una lesión en la que usted incurra, o relacionados con su enfermedad o afección, incluido, sin limitación, cuando un tercero responsable le paga directamente a usted los gastos o beneficios de atención médica que forman parte de un acuerdo, sentencia u otro pago.

Capítulo 11. Avisos legales

Las referencias a “gastos o beneficios de salud” incluyen, sin limitación, cualquier beneficio de servicios médicos, de farmacia o dentales.

Como miembro de nuestro plan, usted reconoce que nuestros derechos de recuperación son una reclamación prioritaria y que se nos deben pagar antes que cualquier otra reclamación por sus daños. Nuestros derechos de recuperación y reembolso tienen prioridad sobre otras reclamaciones, y se aplican incluso si un tercero responsable no ha pagado o no pagará todos los costos relacionados con su lesión, enfermedad o afección.

Como miembro de nuestro plan, usted acepta también asignarnos su derecho a tomar medidas legales contra los terceros responsables por montos que pagamos por sus reclamaciones, y acepta no asignar su derecho a tomar medidas legales a ninguna otra persona o entidad sin nuestro consentimiento por escrito. Usted puede tener la obligación de firmar documentos y de proporcionar información necesaria para dichas acciones legales, y acepta hacerlo.

Usted, y sus representantes legales, aceptan proporcionarnos la información que solicitemos en relación con terceros responsables, y aceptan cooperar con las medidas administrativas o legales tomadas para recuperar los montos que pagamos por sus reclamaciones y, si es necesario, participar en la aplicación de estas medidas. Si usted interfiere con nuestros derechos o decide no cooperar con nosotros o nuestros representantes en las medidas para recuperar los montos que pagamos por sus reclamaciones de parte de terceros responsables, podemos tomar medidas legales contra usted.

Si usted recibe el pago en forma directa de un tercero por gastos o beneficios de atención médica como parte de un acuerdo, sentencia u otro pago, deberá reembolsarnos los montos que pagamos por sus reclamaciones.

Si bien podemos reclamar la recuperación de montos pagados por sus reclamaciones de parte de terceros responsables, no estamos obligados a tomar ninguna medida administrativa o legal contra un tercero, ni a participar en ninguna medida administrativa o legal que usted tome en relación con su lesión, enfermedad o afección. No estamos obligados a participar en los gastos judiciales o los honorarios de ningún abogado que usted contrate para presentar sus reclamaciones, ni tampoco estamos obligados a pagar estos gastos. Nuestros derechos según la legislación de Medicare y esta Evidencia de Cobertura no se verán afectados si decidimos no participar en ninguna medida administrativa o legal que usted tome en relación con su lesión, enfermedad o afección.

Si usted no está de acuerdo con nuestras medidas de recuperación, tiene derecho a presentar un reclamo o una apelación, según se explica en los Capítulos 7 y 9.

CAPÍTULO 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el fin de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Apelación: una apelación es lo que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si no pagamos un medicamento, un artículo o un servicio que, en su opinión, debería recibir. En el Capítulo 9, se explican las apelaciones, incluido el proceso de presentación de una apelación.

Periodo de beneficios: la forma en que Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y de los centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día en el que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o un centro de enfermería especializada después de la finalización de un periodo de beneficios, se inicia un nuevo periodo de beneficios. La cantidad de periodos de beneficios es ilimitada.

Medicamento de marca: un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que investigó y desarrolló originalmente el 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 y generalmente no están disponibles hasta después de que la patente del medicamento de marca haya vencido.

Etapas de cobertura en caso de catástrofe: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D en que usted paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras personas autorizadas en su nombre hayan gastado \$5,100 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo comunicarse con los CMS.

Coseguro: un monto que tal vez deba pagar como su parte del costo por medicamentos recetados. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%).

Reclamo: el nombre formal para “realizar un reclamo” es “presentar una queja”. El proceso de reclamos se utiliza para determinados tipos de problemas *únicamente*. Estos incluyen problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio de Atención al Cliente que usted recibe. Vea también “Queja” en esta lista de definiciones.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro que proporciona principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión y que presta diversos servicios, entre los que se incluyen terapia física, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Copago: un monto que tal vez deba pagar como su parte del costo por un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es un monto fijo, más que un porcentaje. Por ejemplo, quizá deba pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento recetado.

Distribución de costos: hace referencia a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos o servicios. La distribución de costos incluye cualquier combinación de los siguientes tipos de pagos: (1) deducibles que un plan puede imponer antes de cubrir medicamentos o servicios; (2) sumas de “copagos” fijas que un plan exige cuando se reciben medicamentos o servicios específicos; o (3) sumas de “coseguros”, un porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que un plan exige cuando se reciben medicamentos o servicios específicos. Una “tasa diaria de distribución de costos” puede aplicarse cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y a usted se le exige pagar un copago.

Nivel de distribución de costos: cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos se incluye en uno de cinco niveles de distribución de costos. En general, cuanto más alto es el nivel de distribución de costos, más alto es el costo del medicamento.

Determinación sobre la cobertura: decisión sobre si el plan cubre un medicamento recetado y sobre el monto que, si corresponde, usted debe pagar por la receta. Generalmente, si usted lleva la receta a una farmacia y en esta le informan que nuestro plan no cubre la receta, eso no es una determinación sobre la cobertura. Usted debe llamar o escribir al plan para solicitar la decisión formal sobre la cobertura. En este folleto, una determinación sobre la cobertura se denomina “decisiones sobre la cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para describir todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: término general que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: la cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que tenga un alcance de cobertura promedio, al menos, igual a la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para participar en Medicare, en general, pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Atención de custodia: es la atención que se brinda en un hogar de ancianos, un centro para enfermos terminales u otro centro cuando usted no necesita atención médica o cuidado de enfermería especializado. La atención de custodia es el cuidado personal que puede ser brindado por personas que no tienen capacitación profesional que, por ejemplo, ayudan a realizar las tareas de la vida diaria, como bañarse, vestirse, alimentarse, sentarse y pararse de una silla, acostarse y levantarse de la cama, movilizarse y utilizar el baño. También puede incluir el cuidado relacionado con la salud que la mayoría de las personas realizan por su cuenta, por ejemplo, colocarse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tasa diaria de distribución de costos: puede aplicarse una “tasa diaria de distribución de costos” cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y a usted se le exige pagar un copago. Una tasa diaria de distribución de costos es el copago dividido por la cantidad de días en un suministro de un mes. Por ejemplo: Si su copago por el suministro mensual de un medicamento es de \$30 y un suministro mensual en su plan es de 30 días, su “tasa diaria de distribución de costos” es de \$1 por día. Esto significa que usted paga \$1 por el suministro de cada día cuando abastece su receta.

Anular la inscripción o anulación de la inscripción: proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La anulación de la inscripción puede ser voluntaria (su decisión) o involuntaria (decisión ajena a su voluntad).

Tarifa de preparación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de abastecimiento de una receta. La tarifa de preparación cubre los costos de, por ejemplo, el tiempo que dedicó el farmacéutico para preparar y embalar el medicamento.

Persona con elegibilidad doble: una persona que califica para la cobertura de Medicare y TennCare (Medicaid).

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que indica su médico por razones médicas. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchón eléctrico, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas hospitalarias que solicita un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted o una persona prudente no experta, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica de inmediato a fin de prevenir la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor agudo o una afección médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que son los siguientes: (1) proporcionados por un proveedor calificado para prestar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

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

Excepción: un tipo de determinación sobre la cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en el formulario del patrocinador de nuestro plan (una excepción al formulario) o recibir un medicamento no preferido en un nivel de distribución de costos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si el patrocinador de su plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o el plan limita la cantidad o dosis del medicamento que solicita (excepción al formulario).

“Ayuda Extra” (Extra Help): un programa de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. En general, un medicamento “genérico” funciona del mismo modo que un medicamento de marca y suele costar menos.

Queja: un tipo de reclamo que usted presenta acerca de nosotros o de alguna farmacia, como un reclamo sobre la calidad de la atención. Este tipo de reclamo no incluye las disputas por motivos de cobertura o pago.

Asistente sanitario a domicilio: los asistentes sanitarios a domicilio brindan servicios que no requieren la capacitación de un enfermero o terapeuta autorizado, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, ayuda para bañarse, utilizar el baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los asistentes de salud a domicilio no tienen autorización para brindar servicios de enfermería ni terapia.

Centro para enfermos terminales: un miembro que tiene seis meses de vida o menos tiene el derecho de elegir un centro para enfermos terminales. Nosotros, su plan, debemos ofrecerle una lista de centros para enfermos terminales en su región geográfica. Si elige un centro para enfermos terminales y sigue abonando primas, seguirá siendo miembro de nuestro plan. Todavía tiene derecho a gozar de todos los servicios médicamente necesarios, además de los beneficios complementarios que ofrecemos. El centro para enfermos terminales proporcionará el tratamiento especial indicado para su condición.

Internación hospitalaria: la estadía en un hospital cuando se lo admite formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si se queda en el hospital durante una noche, quizás se lo considere igualmente “paciente ambulatorio”.

Límite de cobertura inicial: el límite máximo de la cobertura en la etapa de cobertura inicial.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa anterior a que sus gastos de bolsillo anuales hayan alcanzado los \$5,100.

Periodo de inscripción inicial: cuando usted es elegible para Medicare por primera vez, este es el periodo en que puede inscribirse en las partes A y B de Medicare. Por ejemplo, si usted es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su periodo de inscripción inicial es el periodo de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, que incluye el mes en que cumple 65 y que finaliza 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”): una lista de los medicamentos recetados que cubre el plan. El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. En la lista, se incluye tanto medicamentos de marca como genéricos.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda Extra” (Extra Help).

Monto máximo de gastos de bolsillo: este es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de Medicare Parte A y Parte B. Los montos que paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B, y por los medicamentos recetados, no se aplican al monto máximo de gastos de bolsillo. (Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben asistencia de TennCare (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan alguna vez este máximo de gastos de bolsillo). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener más información sobre el monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si cumple los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con TennCare (Medicaid) en su estado.

Indicación medicamento aceptada: se refiere al uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información sobre la indicación medicamento aceptada.

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar su afección médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Las personas que tengan Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado “Medicare Parte C”, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser HMO, PPO, un Plan Privado de Pago por Servicio (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA). Cuando usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare están cubiertos por el plan y no se pagan en Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen las partes A y B de Medicare son elegibles para inscribirse en cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con enfermedad renal en etapa terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Programa de descuentos durante la etapa sin cobertura de Medicare: un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa sin cobertura y que no estén recibiendo “Ayuda Extra” (Extra Help). Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y determinados fabricantes de medicamentos. Por este motivo, la mayoría de los medicamentos de marca tienen un descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido el nuestro, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por las partes A y B de Medicare.

Plan de salud de Medicare: el plan de salud de Medicare es proporcionado por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para ofrecer los beneficios de las partes A y B a personas con Medicare que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los programas de demostración o piloto y los programas de atención integral para adultos mayores (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios no cubiertos por las partes A y B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar los “huecos” de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo pueden utilizarse con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Servicios para Miembros: es un departamento de nuestro plan encargado de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con Servicio para Miembros.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Farmacia de la red: una farmacia de la red es aquella donde los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios para medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque firman un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, sus recetas se cubren solo si se abastecen en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: “proveedor” es el término general que utilizamos para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica con autorización o certificación de Medicare y del Estado para brindar servicios de atención médica. Se denominan “**proveedores de la red**” cuando tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos para los miembros de nuestro plan. Nuestro plan les paga a los proveedores de la red según los contratos que tiene con ellos, o si los proveedores aceptan proporcionarle a usted los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores de la red también pueden mencionarse como “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: se dice que el plan Medicare Advantage tomó una determinación de la organización cuando se toma una decisión sobre si los artículos o los servicios están cubiertos o cuánto debe usted pagar por los artículos o servicios cubiertos. En este folleto, las determinaciones de la organización se denominan “decisiones sobre la cobertura”. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o “pago por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Con Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos por el pago que se les hace a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica de montos establecidos por el Congreso. Puede acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención de la salud que acepta Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Original Medicare consta de dos partes: La Parte A (seguro de hospital) y la Parte B (seguro médico), que están disponibles en todo el territorio de los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Como se explica en esta Evidencia de cobertura, nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted recibe de las farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen determinadas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro con el cual no tenemos un contrato para coordinar o proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni administrados por nuestro plan, ni pertenecen a este, o que no tienen un contrato para prestar los servicios cubiertos. El uso de proveedores o centros fuera de la red se explica en el Capítulo 3 de este folleto.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de “distribución de costos” más arriba. El requisito de distribución de costos del miembro, por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe, también se denomina requisito de gasto “de bolsillo” del miembro.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan PACE: un programa de atención integral para adultos mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo (LTC) para personas en estado delicado de salud para ayudarlas a no perder su independencia y a vivir en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto como les sea posible y, a la vez, gozar de la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en planes PACE reciben tanto sus beneficios de Medicare como de TennCare (Medicaid) a través del plan.

Parte C: Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: el programa de beneficios de medicamentos recetados voluntario de Medicare. (Para facilitar la comprensión, llamamos Parte D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden ser cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte en el formulario los medicamentos cubiertos específicos). Algunas categorías de medicamentos fueron específicamente excluidas por el Congreso de la cobertura de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto agregado a su prima mensual por la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, al menos y en promedio, tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más. Usted paga este monto más alto mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Hay algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda Extra” (Extra Help) de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará ninguna multa por inscripción tardía.

Si llegara a perder el subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Extra” [Extra Help]), estaría sujeto a la multa mensual por inscripción tardía de la Parte D si alguna vez no tuvo cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más.

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO): un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. La distribución de costos, por lo general, es más alta para el miembro cuando recibe los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO ponen un límite anual a sus gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto a sus gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico que se realiza a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura médica o de medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): un proveedor de atención primaria es el médico u otro proveedor a quien consulta en primer lugar para la mayoría de los problemas de salud. Este se

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse saludable. Puede hablar con otros médicos y proveedores de atención médica sobre su atención y remitirlo a ellos. En muchos planes de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica. Vea la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información acerca de los proveedores de atención primaria.

Autorización previa: aprobación anticipada para obtener servicios o determinados medicamentos que pueden estar o no en nuestro formulario. Algunos servicios médicos dentro de la red se cubren únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa aparecen marcados con un asterisco en el cuadro de beneficios del Capítulo 4. Algunos medicamentos están cubiertos únicamente si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa aparecen en el formulario con una marca.

Prótesis y ortesis: estos son dispositivos médicos pedidos por su médico u otro proveedor de atención médica. Entre los elementos cubiertos, se incluyen (de manera no extensiva) los aparatos protésicos de brazo, espalda y cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte del cuerpo o función interna, incluidos los insumos de ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para la Mejora de la Calidad (QIO): un grupo de médicos en actividad y otros expertos en atención médica a quienes el gobierno federal paga para controlar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 4, para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO en su estado.

Límites de cantidad: una herramienta de administración diseñada para limitar, por razones de calidad, seguridad o utilización, el uso de medicamentos seleccionados. Los límites pueden aplicarse a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un periodo definido.

Servicios de rehabilitación: entre estos servicios, se incluyen la fisioterapia, la terapia del habla y del lenguaje y la terapia ocupacional.

Área de servicio: un área geográfica donde un plan de salud acepta miembros si limita la membresía según el área donde viven las personas. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales que puede utilizar, por lo general, también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan puede anular su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicios del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación recibidos de manera continua, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por un enfermero registrado o un médico.

Capítulo 12. Definiciones de palabras importantes

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona atención médica más orientada a grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y TennCare (Medicaid), que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que le exige que, en primer lugar, pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que su médico le recetó inicialmente.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): beneficio mensual pagado por el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que tienen discapacidad, son ciegas o son mayores de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios urgentemente necesarios: los servicios urgentemente necesarios se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista que no es de emergencia, pero que requiere atención médica inmediata. Puede acceder a estos servicios mediante los proveedores de la red o aquellos fuera de la red cuando los primeros no están disponibles o usted no puede acceder a ellos de manera temporal.

Aviso contra la discriminación

BlueCross BlueShield of Tennessee (BlueCross), y sus licenciatarios Security Care, Inc. y Volunteer State Health Plan, Inc. (Plan de salud estatal voluntario), quienes también operan comercialmente como BlueCare Tennessee, cumplen con las leyes federales de derechos civiles y no discriminan en cuanto a raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad u orientación sexual. BlueCross no excluye ni hace diferencias entre las personas por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad ni orientación sexual.

BlueCross:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, como: (1) intérpretes calificados y (2) información escrita en otros formatos, tales como letra de imprenta grande, en audio y formatos electrónicos accesibles.
- Brinda servicios gratuitos de idiomas para personas cuya lengua materna no es el inglés, como: (1) intérpretes calificados e (2) información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios para Miembros, llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-831-2583 (TTY: 711). Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar. puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Nuestro sistema telefónico automático puede contestar su llamada fuera de este horario y durante los feriados.

Si cree que BlueCross no le ha brindado estos servicios o usted ha sido discriminado de alguna manera por su raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad u orientación sexual, puede presentar una queja (“Queja por Discriminación”). Para obtener ayuda con la preparación y la presentación de su Queja Contra la Discriminación, comuníquese con Servicios para Miembros, llamando al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o llame al 1-800-831-2583 (TTY: 711). Estos pueden suministrarle el formulario apropiado para utilizar al enviar una queja por discriminación. Puede presentar una queja por discriminación personalmente, o bien, por correo postal, fax o correo electrónico. Dirija su queja contra la discriminación a: Nondiscrimination Compliance Coordinator; c/o Manager, Operations, Member Benefits Administration; 1 Cameron Hill Circle, Suite 0019, Chattanooga, TN 37402-0019; (423) 591-9208 (fax); Nondiscrimination_OfficeGM@bcbst.com (correo electrónico).

También puede presentar un reclamo por derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, de forma electrónica a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD), de 8:30 a. m. a 8:00 p. m. hora del Este. Los formularios de quejas están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi Language Services

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-332-5762 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوفر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-332-5762 (TTY:711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-332-5762 (TTY:711)。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-332-5762 (TTY:711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-332-5762 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-332-5762 (ATS : 711).

ເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາແມ່ນມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-800-332-5762 (TTY: 711).

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚክተሎ ቁጥር ይደውሉ 1-800-332-5762 (መስማት ለተሳናቸው: 711)።

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-332-5762 (TTY: 711).

સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા છે, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-332-5762 (TTY: 711)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-332-5762 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-332-5762 (TTY:711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-332-5762 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-332-5762 (телетайп: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید خدمات زبان و ترجمه به صورت رایگان برایتان فراهم می گردد. یا 1-800-332-5762 (TTY:711) تماس بگیرید.

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-332-5762 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-332-5762 (TTY: 711).

ATENÇÃO: se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos grátis. Ligue para 1-800-332-5762 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-332-5762 (TTY: 711).

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłt'ígo Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódíílnih 1-800-332-5762 (TTY: 711).

Servicios para Miembros de BlueCare Plus

Método	Servicios para Miembros – Información de contacto
LLAMAR	1-800-332-5762 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Servicios para Miembros también ofrece los servicios gratuitos de un intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de oct. hasta el 31 de mar., puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este. Desde el 1.º de abr. hasta el 30 de sep., puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 9 p. m., hora del Este.
FAX	1-888-725-6849
ESCRIBIR	BlueCross BlueShield of Tennessee BlueCare Plus Operations 1 Cameron Hill Circle, Suite 0002 Chattanooga, TN 37402-0002
SITIO WEB	bluecareplus.bcbst.com

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos de Tennessee

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos de Tennessee es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local y gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAMAR	Número gratuito: 1-877-801-0044
TTY	1-800-848-0299 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo telefónico especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBIR	Tennessee State Health Insurance Assistance Program 500 Deaderick Street Nashville, TN 37243-0860

Método	Información de contacto
SITIO WEB	El sitio web del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos de Tennessee se encuentra en www.medicare.gov . Puede acceder a este sitio web mediante las herramientas de búsqueda si selecciona la opción Helpful Phone Numbers and Web Sites (Números de teléfono y sitios web útiles). https://www.tn.gov/aging/our-programs/state-health-insurance-assistance-program-ship.html

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, ninguna persona estará obligada a responder a un instrumento de recolección de datos a menos que este muestre un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número válido de control de la OMB para este instrumento de recolección de datos es 0938-1051. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850