Del 1.° de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura para 2027:

Sus beneficios y servicios de salud como miembro de BlueCHiP for Medicare Core (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de su cobertura médica de Medicare desde el 1.° de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- La prima del plan y el costo compartido
- Beneficios médicos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, póngase en contacto con nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es del 1.º de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.º de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; y sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario. **Esta llamada es gratis.**

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island ofrece este plan, BlueCHiP for Medicare Core (HMO). (Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island. Cuando se dice “plan” o “nuestro plan”, significa BlueCHiP for Medicare Core [HMO]).

Este documento está disponible gratis en español y en otros formatos alternativos, como inglés en letra grande, braille, CD de audio y CD de datos.

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1.° de enero de 2028.

Y0146_2027EOCcore_C Aprobación de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) 0938-1051 (vencimiento: 31 de julio de 2029)

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Es miembro de BlueCHiP for Medicare Core (HMO) 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía 7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 8
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 10
SECCIÓN 6 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado 10
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 11

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 13

SECCIÓN 1 Información de contacto de BlueCHiP for Medicare Core (HMO) 13
SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 17
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) 18
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) 19
SECCIÓN 5 Seguro Social 20
SECCIÓN 6 Medicaid 20
SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 21
SECCIÓN 8 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico proporcionado por un empleador 23

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 24

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan 24
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 26
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica 30
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 33
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 33
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica para la atención de la salud 35
SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero 36

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) 39

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de desembolso directo por los servicios cubiertos 39

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le muestra sus beneficios médicos y los costos 41

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 89

CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos cubiertos 92

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos 92

SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reintegremos un pago o que paguemos una factura que recibió 94

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos 94

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades 96

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 96

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan 103

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 105

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 105

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 105

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 107

SECCIÓN 4 Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones 107

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 111

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 120

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 125

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5 130

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 131

CAPÍTULO 8: Cancelación de la membresía en nuestro plan 136

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan.....136
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 136
SECCIÓN 3 Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.....138
SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan 139
SECCIÓN 5 BlueCHiP for Medicare Core (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones.....140

CAPÍTULO 9: Avisos legales 142

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes.....142
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 142
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare 143

CAPÍTULO 10: Definiciones..... 144

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de BlueCHiP for Medicare Core (HMO)

Sección 1.1 Usted está inscrito en BlueCHiP for Medicare Core (HMO), el cual es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y decidió recibir su cobertura médica de Medicare mediante nuestro plan, BlueCHiP for Medicare Core (HMO). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren con respecto a Original Medicare.

BlueCHiP for Medicare Core (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada. BlueCHiP for Medicare Core (HMO) *no* incluye cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueCHiP for Medicare Core (HMO) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción y los avisos que le enviamos sobre cambios en su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos en ocasiones se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato es válido durante los meses en los que esté inscrito en BlueCHiP for Medicare Core (HMO) del 1.° de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en nuestros planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de BlueCHiP for Medicare Core (HMO) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva dentro de nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.2). Las personas que están encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Usted es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para BlueCHiP for Medicare (HMO)

BlueCHiP for Medicare Core (HMO) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence y Washington.

Si se muda fuera del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro del plan. Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (usuarios de TTY 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare disponible en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

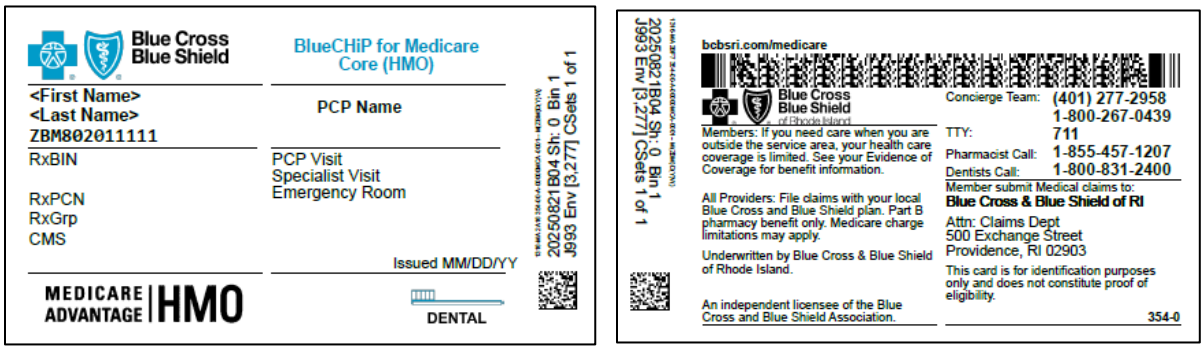
Sección 2.3 Ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano o nacional estadounidense, o un no ciudadano elegible. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) le notificará a BlueCHiP for Medicare Core (HMO) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por ello. BlueCHiP for Medicare Core (HMO) tiene que cancelar su inscripción si usted no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía

Sección 3.1 La tarjeta de membresía de nuestro plan

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



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de BlueCHiP for Medicare Core (HMO), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de membresía de nuestro plan se daña, se extravía o se la roban, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de inmediato y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* bcbsri.com/medicare/planmaterials enumera los proveedores de nuestra red. Los **proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, suministradores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y todo costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la

red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que BlueCHiP for Medicare Core (HMO) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de suministradores y proveedores en nuestro sitio web en bcbsri.com/medicare/planmaterials.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se le enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**$0**
Gastos máximos a su cargo Este es el importe máximo que pagará como desembolso directo por los servicios cubiertos. (Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	**Dentro de la red** **$5,000**
Visitas al consultorio de atención primaria	**Copago de $0 por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	**Copago de $0 - $30 por consulta**

	Sus costos en 2027
Estadía en el hospital para pacientes internados Incluye varias estancias hospitalarias como cuidados agudos, rehabilitación y cuidados a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que se lo ingresa formalmente con una orden del médico y finaliza el día antes de que le den el alta.	**$275 por día para los días 1 a 6**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan médico separada para BlueCHiP for Medicare Core (HMO).

Las primas de la Parte B de Medicare son diferentes para personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare & You 2027* (Medicare y Usted 2027), la sección titulada *2027 Medicare Costs* (Costos de Medicare de 2027). Descargue una copia desde el sitio web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227); los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 La prima mensual del plan no cambiará durante el año.

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

SECCIÓN 6 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado

Su registro de membresía contiene información del formulario de inscripción, incluidos su dirección y número de teléfono. Muestra su cobertura específica del plan incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de afiliación para saber qué servicios están cubiertos y cuáles son sus cantidades de costos compartidos**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, del seguro de accidentes de trabajo o de Medicaid).
- Cualquier reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si ingresa en una residencia de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o fuera de la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota**: No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que le interesa participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o para medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. Esto se denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que tenga que facilitar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), Medicare determina si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero (el “pagador principal”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga en segundo lugar (“pagador secundario”) solo paga si hay gastos que no cubre la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados

o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico).
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Compensación laboral.

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

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Información de contacto de BlueCHiP for Medicare Core (HMO*)*

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a nuestro Equipo de Conserjería de *Medicare*. Con gusto lo ayudaremos.

Equipo de Conserjería para Medicare: información de contacto	
TELÉFONO	(401) 277-2958 o (800) 267-0439 cuando se llama desde fuera del estado de Rhode Island. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario. El Equipo de Conserjería de Medicare también cuenta con servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.
Fax	401-459-5089
CORREO	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Medicare Concierge Team 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	bcbsri.com/Medicare

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

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

Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto	
TELÉFONO	(401) 277-2958 o (800) 267-0439 cuando se llama desde fuera del estado de Rhode Island. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.
Fax	(401) 459-5668
CORREO	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Grievances & Appeals Unit 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	bcbsri.com/Medicare

Decisiones de cobertura y apelaciones para los medicamentos de la Parte B de farmacia: información de contacto	
TELÉFONO	(800) 693-6651 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana.
Fax	(855) 212-8110

CORREO	**Solicitudes de beneficios de la Parte B**: Prime Therapeutics Attention to: Clinical Review Department 2900 Ames Crossing Road Suite 200 Eagan, MN 55121 **Solicitudes de reembolso de la Parte B de la farmacia**: Prime Therapeutics P.O Box 20970 Lehigh Valley, PA 18002-0970

Decisiones de cobertura y apelaciones para la revisión de medicamentos de la Parte B: información de contacto	
Teléfono	(833) 895-8282 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana.
Fax	(888) 656-6671
CORREO	**Solicitudes de beneficios de la Parte B**: Prime Therapeutics Management Attn: MP - 3001 P.O. Box 64811 St. Paul, MN 55164-0811

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja contra nosotros o uno de los proveedores de nuestra red, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 7.

Quejas sobre atención médica: información de contacto	
TELÉFONO	(401) 277-2958 o (800) 267-0439 cuando se llama desde fuera del estado de Rhode Island. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de

	marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.
Fax	(401) 459-5668
CORREO	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Grievances and Appeals Unit: Medicare Advantage 500 Exchange Street Providence, RI 02903
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre BlueCHiP for Medicare Core (HMO) directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

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

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

Solicitudes de pago: información de contacto	
TELÉFONO	(401) 277-2958 o (800) 267-0439 cuando se llama desde fuera del estado de Rhode Island. Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.
Fax	(401) 459-5089
CORREO	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Claims Dept 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	bcbsri.com/Medicare

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

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

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

Medicare: información de contacto	
TELÉFONO	1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-(877)-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
CORREO	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido el costo y los servicios que brindan.

- Encuentre médicos u otros suministradores y proveedores de atención médica que participan en Medicare.
- Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes, vacunas y visitas anuales de "bienestar").
- Obtenga información y los formularios de apelaciones de Medicare.
- Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por los planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y centros para pacientes terminales.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre BlueCHiP for Medicare Core (HMO).
Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Rhode Island, el SHIP se denomina "Programa de seguro médico para personas mayores de Rhode Island" y es proporcionado por la Oficina de Envejecimiento Saludable.

El SHIP de Rhode Island es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratis sobre seguros médicos locales a personas con Medicare.

Asesores del SHIP de Rhode Island pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención o tratamiento médicos y solucionar problemas con las facturas de Medicare. Asesores del SHIP de Rhode Island también pueden ayudarle con las preguntas o los problemas que tenga en relación con Medicare y a entender sus opciones del plan de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes.

EL SHIP de Rhode Island: información de contacto	
TELÉFONO	(401) 462-3000
TTY	(401) 462-0740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO	Rhode Island Office of Healthy Aging Senior Health Insurance Program

	25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	oha.ri.gov/

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

Una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. En Rhode Island, la Organización para la Mejora de la Calidad se llama Acentra Health.

Acentra Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que reciben pagos de Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Contacte a Acentra Health en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Acentra Health: Organización para la mejora de la calidad de Rhode Island: información de contacto	
TELÉFONO	1-(888)-319-8452 Disponible de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes, y sábados y domingos de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
TTY	1-(855)-843-4776. Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO	Acentra Health BFCC-QIO Program 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131

SITIO WEB	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: información de contacto	
TELÉFONO	1-(800)-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-(800)-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos

beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).

- **Persona Calificada (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Calificadas con Discapacidades que Trabajan (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI)**: ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información acerca de Medicaid y los Programas de Ahorro de Medicare, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island.

Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS): información de contacto	
TELÉFONO	1-(855)-697-4347 Disponible de 8:30 a.m. a 3:00 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, excepto feriados
TTY	711
CORREO	Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (RI) 57 Howard Avenue Cranston, RI 02920
SITIO WEB	dhs.ri.gov

SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

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

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto	
TELÉFONO	1-(877)-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada y obtener información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-(312)-751-4701

	Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	https://RRB.gov

SECCIÓN 8 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico proporcionado por un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja de hecho) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios de su empleador o sindicato, o a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja doméstica). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta.

Para obtener información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar por dicha atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son médicos y otros profesionales de atención médica autorizados del estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales, y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y todo costo compartido del plan como pago total. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen todos los servicios de atención médica, suministros y equipos que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

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

Como plan de salud de Medicare, BlueCHiP for Medicare Core (HMO) tiene que cubrir todos los servicios que cubre Original Medicare y siguen sus mismas reglas de cobertura.

BlueCHiP for Medicare Core (HMO), en general, cubre su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos** del Capítulo 4.

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria de la red o PCP que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red (consulte la sección 2.1 de este capítulo para obtener más información).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe otorgarle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencia de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita derivaciones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que debe pagar al proveedor el monto total de los servicios que reciba. *He aquí 3 excepciones:*
    - Nuestro plan cubre los servicios de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, pero no hay proveedores en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibirla de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Esto se denomina una Exención para Servicios Fuera de la Red. Se debe obtener autorización previa del Plan antes de buscar atención. Exigimos una autorización previa para servicios fuera de la red para que estos servicios estén cubiertos, antes de buscar atención, con el costo compartido correspondiente a la red. Para obtener información sobre cómo obtener aprobación para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en

Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

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

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red que le proporcionará y coordinará los servicios cubiertos. Los PCP suelen ser médicos especializados en medicina interna o en medicina familiar, que cumplen los requisitos estatales y están capacitados para prestarle atención médica básica. Si necesita atención de un especialista de la red, debe obtener una derivación de su PCP.

¿Cómo elegir un PCP?

Debe seleccionar un PCP en el momento de su inscripción en el Directorio de proveedores. Si no seleccionó un PCP en el momento de la inscripción, le podemos asignar uno. El nombre de su PCP está impreso en su tarjeta de membresía del plan. Si esta información es incorrecta, comuníquese con nuestro Equipo de Conserjería de Medicare.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, y usted tenga que elegir un PCP nuevo. Para cambiar su PCP, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare. Los cambios en su PCP entrarán en vigor inmediatamente después de recibir la solicitud.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin derivación del PCP

Puede obtener servicios como los incluidos a continuación sin antes obtener una aprobación de su PCP:

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando se atiendan con un proveedor de la red
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las obtenga de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios cubiertos por el plan que se necesitan con urgencia son aquellos que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina a su proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a hacer los arreglos necesarios para que pueda recibir su diálisis de mantenimiento mientras se encuentra lejos.
- Consulte la Cuadrícula de beneficios en el Capítulo 4 para ver qué otros servicios pueden requerir o no una derivación.

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

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

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

- Necesitará una derivación de un PCP para consultar a un especialista de la red de BlueCHiP for Medicare. Consulte el Capítulo 4, Sección 2.1 para revisar qué servicios necesitan una derivación.
- Si su médico desea derivarlo para ciertos servicios o beneficios médicos que requieren autorización previa, tales como una hospitalización, centros de enfermería especializada u otros servicios según lo determine BCBSRI, debe comunicarse con BCBSRI o su designado para obtener la aprobación previa llamando al Equipo de Administración de la Utilización al (401) 272-5670. Estos servicios pueden ser revisados por el Plan antes de determinar si los servicios serán cubiertos. La revisión puede incluir, entre otros aspectos, autorización previa o tratamiento continuo por parte del plan o de un representante del plan. Tenga en cuenta que, aunque un especialista puede ingresarlo en el hospital sin involucrar a su PCP, debe informar a su PCP sobre la hospitalización tan pronto como sea razonablemente posible para que pueda actualizar sus registros. Por lo general, si recibe servicios de un hospital de la red, ellos notificarán a su PCP por usted; sin embargo, ponerse en contacto con su PCP después de una hospitalización es siempre una buena práctica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para revisar qué servicios necesitan una autorización previa.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en el plan

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha consultado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para que se siga atendiendo.
- Si está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que se le siga proporcionando el tratamiento o las terapias

médicamente necesarias. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.

- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tiene para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores con el costo compartido dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista abandonará nuestro plan, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare para que podamos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para que administre su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja de calidad de la atención a la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención al plan, o ambas opciones. (Vaya al Capítulo 7)

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

Si recibe servicios de proveedores que no pertenecen al plan, los servicios no están cubiertos a menos que sean servicios urgentes o de emergencia, servicios de diálisis fuera del área, servicios autorizados por el plan o que los servicios no puedan ser proporcionados dentro de la red de BlueCHiP for Medicare y el plan haya aprobado que estos servicios sean cubiertos fuera de la red. Si usted o su proveedor creen que es médicamente necesario que el servicio sea prestado por un proveedor fuera del plan, usted o su proveedor pueden llamar al Equipo de Administración de la Utilización al (401) 272-5670 o enviar un fax al (401) 272-8885 para solicitar una autorización previa para los servicios fuera de la red. También puede solicitar una autorización previa por escrito enviando su solicitud a:

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
Attn: Utilization Management
500 Exchange Street
Providence, RI 02903

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica

Sección 3.1 Cómo puede obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted o cualquier otra persona prudente con conocimiento promedio de salud y medicina considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si usted es una mujer embarazada, la muerte del bebé por nacer), la pérdida de una extremidad o la pérdida del funcionamiento de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que obtenga la aprobación ni la derivación de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos en ciertas circunstancias, las cuales se describen en la Sección 3.2.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. El número de teléfono también se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios con cobertura en una emergencia médica

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

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y cuándo finaliza la emergencia médica.

Después de que la emergencia se termine, usted tiene derecho a una atención de seguimiento para estar seguro de que su afección continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

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

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

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

No obstante, después de que el médico diga que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe atención adicional de una de 2 maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- La atención adicional que recibe se considera servicios urgentemente necesarios y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o si, dada la hora, el lugar y las circunstancias, no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina a su proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

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

Siempre debe intentar obtener servicios urgentemente necesarios de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no se encuentran temporalmente disponibles ni

accesibles y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red, cubriremos servicios urgentemente necesarios que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Para encontrar un centro de atención médica inmediata para la atención de urgencia mientras se encuentra en el área de servicio del plan médico, consulte su Directorio de proveedores de BlueCHiP for Medicare. También puede usar nuestra herramienta en línea, *Find a Doctor* (Buscar un médico). Tanto el directorio como la herramienta *Find a Doctor* (Buscar un médico) están disponibles en nuestro sitio web: bcbsri.com/finddoctor. También puede llamar a nuestro equipo de Conserjería de Medicare para que le ayuden a localizar un centro de atención de urgencia de la red.

¿Qué sucede si está fuera del área de servicio del plan cuando tiene la necesidad de atención de urgencia?

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

Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos, en las siguientes circunstancias:

- Emergencia médica: síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de un miembro o la pérdida de la función de un miembro.
- Servicios de atención de urgencia: una enfermedad, lesión o afección que no son una emergencia y que exigen atención médica inmediata.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

Visite www.riema.ri.gov para obtener información sobre cómo obtener atención necesaria durante una catástrofe.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red.

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

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

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

BlueCHiP for Medicare Core (HMO) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o recibe servicios fuera de la red sin autorización que no son servicios de emergencia o de urgencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de utilizar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Estos costos no se aplican para su desembolso directo máximo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es una manera para que los médicos y científicos prueben nuevos tipos de atención médica, como el funcionamiento de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nosotros ni su PCP lo aprueben ni tampoco que nos avise. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que incluyen un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios en virtud de determinaciones de cobertura nacionales (national coverage determinations, NCD) que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (coverage with evidence development, CED) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Aunque no necesita el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio *no* aprobado por Medicare, usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos:

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

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que se hace un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de

los costos de esta prueba es de $20 según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Esto hace que el pago neto por la prueba sea de $10, el mismo monto que paga según los beneficios del plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios proporcionados gratuitamente por los patrocinadores de la investigación a las personas que participan en el ensayo.

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

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare Medicare and Clinical Research Studies, disponible en Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, cubriremos en su lugar la atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para obtener atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal que dice que está conscientemente en contra de obtener tratamiento médico que esté **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médico **no exceptuado** corresponde a la atención o al tratamiento médico *voluntario* y *no obligatorio* según la ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico **exceptuado** se refiere a la atención o al tratamiento médico *no* voluntario u *obligatorio* según la ley federal, estatal o local.

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre aspectos no religiosos de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - *Y* debe obtener aprobación de nuestro plan antes de ser hospitalizado en el centro o esta hospitalización no tendrá cobertura.

Este beneficio aplicará la misma cobertura y límites que su beneficio de hospitalización. Para obtener detalles de qué atención médica está cubierta por nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, use la Tabla de beneficios del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que paga*).

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1 No será el propietario del equipo médico duradero después de hacer cierto número de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un

proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre se queda con algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de BlueCHiP for Medicare Core (HMO), sin embargo, por lo general no podrá quedarse con los artículos de DME alquilados independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras es miembro de nuestro plan médico.** No podrá quedarse con el artículo aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de afiliarse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan. Tenga en cuenta que después de que se haya alcanzado el precio de compra completo de algunos artículos de DME, el artículo se consideraría propiedad suya después de realizar 10 pagos a nuestro plan. Sin embargo, existen excepciones en las que los pagos que realizó cuando estaba en Original Medicare pueden acreditarse para sus pagos en virtud de nuestro plan.

Ejemplo 2: Hizo 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. No adquirió la propiedad del artículo mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se vuelva a afiliar a Original Medicare. Los pagos que ya realizó (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si es elegible para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, BlueCHiP for Medicare Core (HMO) cubrirá:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno

- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si abandona BlueCHiP for Medicare Core (HMO) o ya no requiere un equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el suministrador proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de 5 años, puede elegir permanecer en la misma compañía o ir a otra compañía. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, y nuevamente se le exige pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)

SECCIÓN 1 Cómo entender sus gastos de desembolso directo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos que detalla los servicios cubiertos y muestra cuánto debe pagar por cada servicio cubierto como miembro de BlueCHiP for Medicare Core (HMO). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos de desembolso directo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos

Los tipos de costos de desembolso directo que puede tener que pagar por sus servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- **Copago:** es el monto fijo que usted paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** es el porcentaje que debe pagar del costo total de determinados servicios médicos. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

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

Los planes Medicare Advantage tienen un límite en la cantidad total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo

(maximum out-of-pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el MOOP es de $5,000.**

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios con cobertura dentro de la red cuentan para este monto de desembolso directo máximo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto de desembolso directo máximo. Estos servicios están marcados en *cursiva* en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo que paga de su bolsillo de $5,000, no deberá pagar ningún costo a su cargo por el resto del año para los servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (excepto cuando Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como miembro de BlueCHiP for Medicare Core (HMO), usted tiene una protección importante porque solo tiene que pagar sus costos compartidos cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación o en el caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando

tiene una derivación o en el caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre BlueCHiP for Medicare Core (HMO) y lo que usted paga como gasto de desembolso directo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier ciclo activo del tratamiento, incluso si el ciclo del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que sea una atención de urgencia o emergencia, o si nuestro plan o un proveedor de la red le dio una derivación. Esto significa que usted le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que reciba.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe otorgarle su aprobación por adelantado (una derivación), antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que

deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con un asterisco (*).
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar perturbaciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría con Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027* [Medicare y Usted 2027]. Puede verlo en línea en Medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).
- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Esta manzana indica servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los médicos asistentes (Physician Assistant, PA), personal de enfermería especializado (Nurse Practitioner, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS) y el personal auxiliar pueden proporcionar tratamiento de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y poseen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia.	Copago de $15 por visita.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones. La evaluación inicial (para un paciente nuevo) está cubierta cuando la realiza un proveedor autorizado para una indicación cubierta y el proveedor cumple con todos los requisitos de licencia estatales aplicables.	
Servicios de ambulancia[(1)] Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos los servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo.	Copago de $200 por cada viaje de ida

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): ***Examen físico anual*** *Cubrimos un examen físico por año calendario. Un examen físico es un examen práctico realizado por un proveedor de atención primaria, enfermero practicante o un asistente médico que revisa su historial médico y de medicación, e incluye un examen físico completo. Los exámenes físicos anuales incluyen un examen más completo que una visita anual de bienestar.*	*No hay coseguro, copago o deducible por el examen físico anual.*
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota**:Su primera visita anual de bienestar no puede hacerse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva *Bienvenido a Medicare*. No obstante, no es necesario que vaya a una visita *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos una visita anual de bienestar adicional por año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar. $0 de copago por la visita anual de bienestar adicional.
Medición de la masa ósea Para las personas calificadas (en general, esto se refiere a las personas con riesgo de pérdida de masa ósea u osteoporosis), los siguientes servicios tienen cobertura cada 24 meses o con mayor frecuencia si son médicamente necesarios: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación médica de los resultados.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos una mamografía de control adicional por año calendario	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor de pecho) • Reparación o reemplazo de la válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que pueden distribuirse durante un período más largo.	Copago de $30 por visita.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Consulta para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarle a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres. • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si corre alto riesgo de padecer cáncer vaginal o de cuello uterino o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de papanicolaou en los últimos 3 años.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. *Se requiere una derivación para que se cubran los servicios bajo este plan.	Copago de $15 por visita.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se considerará una prueba de diagnóstico.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico de esta. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos exámenes colorrectales de diagnóstico cuando sean médicamente necesarios y su proveedor de atención médica lo solicite.	
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Los ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de órgano. Además, cubrimos lo siguiente: Atención dental que no sea de rutina cubierta por Medicare (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación para una	20 % del costo total para servicios dentales cubiertos por Medicare

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
enfermedad neoplásica maligna o servicios que estarían cubiertos cuando fueran proporcionados por un médico).	
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Cubrimos las siguientes categorías y servicios dentales: ***Servicios preventivos:*** ***Exámenes de servicios preventivos/diagnósticos*** *Un (1) examen bucal de rutina inicial o periódico por año calendario, incluido el diagnóstico y la elaboración de gráficos. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D0120, D0140, D0150 para los servicios mencionados anteriormente).* ***Limpiezas (profilaxis)*** *Dos (2) limpiezas por año calendario, incluidos raspados y pulidos menores. (Solo se cubrirá el código CPT dental D1110 para los servicios mencionados anteriormente).* ***Tratamientos con flúor*** *Un (1) barniz de flúor aplicado por un profesional, o una (1) aplicación de gel de flúor o espuma de flúor, por año calendario. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D1206 y D1208 para los servicios mencionados).*	*Usted paga $0 por los servicios preventivos cubiertos* ***Beneficio dental anual máximo:*** *Máximo de $1,500 por año calendario para servicios dentales cubiertos. Los servicios deben ser prestados por un dentista contratado por el plan. El plan solo cubrirá los códigos de Terminología Dental Actual indicados. Consulte a su dentista antes de someterse a los servicios para asegurarse de que su procedimiento esté cubierto.*
Radiografías dentales • *Una (1) serie de radiografías de aleta de mordida por año calendario.* • *Serie de radiografías de boca completa o panorámica, una vez cada cinco años.* • *Radiografías periapicales individuales según sea necesario, hasta un máximo de cuatro (4) por año.* *(Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D0210, D0220, D0230, D0270, D0272, D0273, D0274, D0277, D0330 para los servicios mencionados anteriormente).*	*Copago de $0*
Servicios integrales: ***Empastes:*** *este beneficio cubre los empastes de amalgama (empastes plateados) y los empastes de composite (empastes blancos) en todos los dientes. Los empastes están cubiertos una vez por diente y por período de 12 meses. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D2140, D2150, D2160,*	*Copago de $0*

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2951 para los servicios mencionados anteriormente). ***Tratamiento menor para eliminar el dolor agudo (tratamiento paliativo):*** *se cubre solo cuando no se realiza ningún otro tratamiento definitivo. (Solo se cubrirá el código CPT dental D9110 para los servicios mencionados anteriormente).* ***Extracciones simples:*** *la extracción de un diente erupcionado que no requiere procedimientos quirúrgicos. (Solo se cubrirá el código CPT dental D7140 para los servicios mencionados anteriormente).* ***Reparación de prótesis:*** *servicios de reparación de prótesis (completas o parciales). El rebasamiento o recubrimiento de una dentadura postiza completa o parcial se limita a una vez cada cinco años. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D5410, D5411, D5421, D5422, D5511, D5512, D5520, D5611, D5612, D5621, D5622, D5630, D5640, D5650, D5660, D5670, D5671, D5710, D5711, D5720, D5721, D5725, D5730, D5731, D5740, D5741, D5750, D5751, D5760, D5761, D5765 para los servicios mencionados).* ***Recomendaciones:*** *los servicios están cubiertos 12 meses después de la cementación inicial y se permiten una vez por cada diente cada 36 meses, a partir de entonces. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D2910, D2920, D6930 para los servicios mencionados).* ***Endodoncia bucal:*** *tratamiento del conducto radicular. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D3310, D3320, D3330 para los servicios mencionados).* ***Cirugía bucal:*** *incluye las extracciones quirúrgicas, la eliminación de dientes impactados y biopsia de tejidos bucales (partes duras o blandas). (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250, D7251, D7285, D7286, D7510, D7511, D7520, D7521 para los servicios mencionados anteriormente). Los siguientes códigos D9222, D9223, D9239, D9243 están cubiertos junto con los procedimientos de cirugía oral cubiertos.*	

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Servicios de prostodoncia/de restauración mayores: ***Periodoncia no quirúrgica:*** *tratamiento no quirúrgico de la enfermedad periodontal, que incluye alisado radicular y limpieza de sarro, mantenimiento periodontal. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D4341, D4342, D4346, D4355, D4910 para los servicios mencionados anteriormente).* ***Periodoncia quirúrgica:*** *tratamiento quirúrgico de la enfermedad periodontal, incluidos injertos de tejido, cirugía ósea y alargamiento de corona. (Solo los siguientes códigos CPT dentales D4249, D4274, D4240, D4241, D4210, D4211, D4266, D4267, D4263, D4264, D4260, D4261, D4270, D4273, D4275, D4276, D4277, D4278, D4283, D4285, D4999 estarán cubiertos para los servicios mencionados anteriormente).* *Nota: Usted tiene cobertura para servicios dentales a través de la red nacional de BlueCHiP for Medicare.*	*Usted paga $0 por los servicios de prostodoncia/restauración mayores cubiertos.*
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Solo se cubren los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas de los siguientes productos de la marca Abbott: o Medidor Freestyle Freedom Lite o Sistema de glucosa FreeStyle InsuLinx o Tiras reactivas FreeStyle InsuLinx o Medidor FreeStyle Lite o Tiras reactivas Freestyle Lite o Tiras reactivas Freestyle Precision Neo o Tiras reactivas Freestyle o Monitor Precision Xtra o Tiras reactivas Precision Xtra ▪ Los demás productos de todos los demás fabricantes estarán cubiertos solo cuando su proveedor y el plan determinen que los productos alternativos son necesarios en términos médicos a través de la Determinación de cobertura, distinta de aquella que determina que todos los demás productos del fabricante no están cubiertos. o Durante el año del plan, el plan puede cambiar los productos de la marca Abbott que aparecen en esta lista si los productos son discontinuados o si hay nuevos productos disponibles.	No hay costo compartido para los suministros de autocontrol de la diabetes cubiertos.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Para las personas que padecen diabetes y pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida), incluida la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Productos de monitoreo continuo de la glucosa (MCG)	20 % del costo total de cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. No se requiere coseguro, copago ni deducible para las clases sobre el autocontrol de la diabetes cubiertas por Medicare. Consulte Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados[(1)] (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 10 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro suministrador en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de suministradores se encuentra disponible en nuestro sitio web en bcbsri.com/finddoctor. Por lo general, BlueCHiP for Medicare Core (HMO) cubre todos los DME cubiertos por Original Medicare de las marcas y fabricantes que aparecen en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si usted es nuevo en BlueCHiP for	El DME representa el 20 % del costo total. Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 20 % del costo total por mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Medicare Core (HMO) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando esta marca por usted por hasta 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive a una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 7). Los monitores y suministros preferidos de monitoreo continuo de glucosa (MCG) son los siguientes: • Dexcom G6 • Dexcom G7, cuando se utiliza con un receptor Dexcom • Abbott FreeStyle Libre • Freestyle Libre 2 • FreeStyle Libre 2 Plus • Freestyle Libre 3 • Freestyle Libre 3 Plus, cuando se utiliza con un receptor Freestyle Libre Durante el año del plan, el plan puede actualizar los productos de monitoreo continuo de la glucosa y sensores que aparecen en esta lista si los productos son discontinuados o si hay nuevos productos disponibles. Se requiere autorización previa para todos los otros MCG. (1)Es posible que se requiera autorización previa	20 % del costo total por suministros y monitores de monitoreo continuo de glucosa (MCG) preferidos
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren	Copago de $130 por visita Si recibe atención de emergencia en un hospital que no forma parte de la red y necesita atención médica para pacientes internados una vez que su afección de

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se obtienen fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos la atención médica de emergencia en todo el mundo.	emergencia se ha estabilizado, tiene que recibir su atención para pacientes internados en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan y sus costos son los costos compartidos que pagaría en un hospital que forma parte de la red.
Programas educativos de salud y bienestar *El programa Silver&Fit® de ejercicios y envejecimiento saludable* *Como miembro de Silver&Fit, tiene las siguientes opciones disponibles para usted sin costo alguno o a un costo reducido para usted:* • *Membresía para centros de acondicionamiento físico: Puede visitar un centro de acondicionamiento físico participante o YMCA cerca de usted que participa en el programa.* • *Club de bienestar* • *Planes de entrenamiento* • *Entrenamientos digitales* *Para unirse a un centro de acondicionamiento físico Silver&Fit® participante, los miembros deberán registrarse en SilverandFit.com y seguir estos pasos:* *1. Haga clic en la pestaña Fitness Centers (Centros de acondicionamiento físico) para buscar un lugar que satisfaga sus necesidades.* *2. Seleccione un centro de acondicionamiento físico. Los miembros pueden completar su inscripción en línea y descargar/imprimir la tarjeta Silver&Fit, que incluye el número de identificación de acondicionamiento físico del miembro, para presentarla en el centro de acondicionamiento físico seleccionado.* *Los miembros también pueden llamar a Servicio al Cliente al número gratuito (888) 797-8059 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.*	*Puede haber una tarifa mensual de miembro, desde $0, para acceder a algunos centros de acondicionamiento físico y YMCA. La tarifa mensual de miembro que pague por una membresía dependerá del centro de acondicionamiento físico que seleccione.* *Ubicaciones del Nivel 1: $0* *Ubicaciones del Nivel 2: $10* *Ubicaciones del Nivel 3: $20* *Ubicaciones del Nivel 4: $30* *Ubicaciones del Nivel 5: $40*

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando son realizadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	Copago de $30 por consulta.
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): ***Prueba de la audición de rutina*** *La prueba de la audición de rutina está cubierta todos los años cuando la proporciona un proveedor del plan.*	*Copago de $0 para la prueba de la audición*
Cobertura de audífonos* *También cubrimos el siguiente beneficio complementario que no cubre Medicare:* • *Audífonos: hasta 2 audífonos (1 por oído) cada año* • *Adaptación y evaluación de audífonos: 1 por año, por oído.* *La compra de audífonos incluye:* • *3 visitas de seguimiento durante el primer año desde la fecha de adaptación inicial* • *Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de la adaptación* • *Sesenta baterías por año por audífono* • *Garantía de reparación del fabricante de 3 años* • *Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono)* *Para consultas sobre audífonos, visite el sitio web bcbsri.nationsbenefits.com/hearing o llame al (866) 304-2138 (TTY: 711)* **Nota: La cobertura de audífonos está disponible solo a través de proveedores participantes de NationsHearing.*	*Copago de $0 por la adaptación y la evaluación de audífono (1 cada año, por oído):* *Audífono (**usted paga**):* *$300 por audífono para el nivel de tecnología de entrada* *$475 por audífono para el nivel de tecnología básica* *$775 por audífono para el nivel de tecnología principal* *$1,075 por audífono para el nivel de tecnología preferida* *$1,375 por audífono para el nivel de tecnología avanzada* *$1,775 por audífono para el nivel de tecnología principal* *Esta determinación del nivel de cobertura de un audífono en particular queda a criterio exclusivo del plan médico y su proveedor médico de audífonos, y puede cambiar ocasionalmente durante el año del plan médico.*

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.
Agencia de atención de salud en el hogar(1) Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que necesita servicios de salud en el hogar y solicitará la prestación de dichos servicios por parte de una agencia de atención de salud en el hogar. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos. (1)Es posible que se requiera autorización previa	No hay coseguro, copago ni deducible para las consultas de una agencia de cuidado de salud en el hogar cubierta por Medicare. Es posible que se apliquen costos compartidos adicionales para determinados servicios recibidos durante la visita de la agencia de atención de salud en el hogar (p. ej., equipo médico duradero).
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).	20 % del costo total para el tratamiento de infusión en el hogar

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero • Supervisión remota • Servicios de monitoreo para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un suministrador calificado para el tratamiento de infusión en el hogar	
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos intereses financieros. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor. • Atención de alivio a corto plazo. • Atención a domicilio. Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios del centro de cuidados de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la	Cuando se inscriba en un programa de cuidados de hospicio con certificación de Medicare, Original Medicare pagará la atención del centro de cuidados de hospicio y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su pronóstico terminal, en lugar de BlueCHiP for Medicare Core (HMO).

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de recibir una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido en virtud de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por BlueCHiP for Medicare Core (HMO), pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare**: BlueCHiP for Medicare Core (HMO) seguirá cubriendo los servicios incluidos en nuestro plan que no tengan cobertura conforme a la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Nota**: Si necesita atención que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.	

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Vacunas Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19. • Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.
Atención hospitalaria para pacientes internados[(1)] Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta hospitalaria es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación	Copago de $275 por día para los días 1 a 6 por admisión. Copago de $0 para el día 7 en adelante por admisión. Si obtiene atención de pacientes internados autorizada en un hospital fuera de la red una vez que su afección de emergencia se ha estabilizado, su costo es el mismo costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas afecciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si BlueCHiP for Medicare Core (HMO) proporciona servicios de trasplantes en un lugar fuera de los servicios de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige recibir un trasplante en ese lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante. El plan determinará el costo razonable del alojamiento y el transporte adecuados, teniendo en cuenta la dinámica del mercado y las guías publicadas para las asignaciones de costos de alojamiento y transporte. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta utilizada (incluida la sangre completa, el concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes de la sangre). • Servicios médicos. **Nota**: Para ser un paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente	

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, debe preguntarle al personal del hospital. Obtenga más información sobre la hoja informativa de *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Está cubierto durante un número ilimitado de días dentro de la red por admisión. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Estos servicios ayudan a diagnosticar, tratar y apoyar la recuperación de afecciones de salud mental en un entorno hospitalario psiquiátrico. Esto también incluye servicios para el trastorno por abuso de sustancias que se prestan en un hospital para pacientes internados aprobado por los CMS. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Está cubierto durante un número ilimitado de días dentro de la red por admisión.	Copago de $275 por día para los días 1 a 6 por admisión. Copago de $0 para el día 7 en adelante por admisión.
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta[(1)] Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos.	**Servicios médicos:** Atención primaria: copago de $0 Especialista: copago de $30 **Radiografías**: copago de $25 **Equipo médico duradero:** Vendajes quirúrgicos: 20 % del costo total

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa.	Férulas, yesos y otros dispositivos: 20 % del costo total Prótesis: 20 % del costo total Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello: 20 % del costo total **Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional**: copago de $30
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (de los riñones) (pero no sometidas a diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que obtiene los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si necesita continuar el tratamiento por otro año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Cubrimos servicios ilimitados de asesoramiento individual según sea médicamente necesario. El diagnóstico no limita la cobertura.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los servicios de asesoramiento individual.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzhéimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes	Paga el 20 % del costo total por medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare. Copago de $0 por las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19. El costo compartido de insulina está sujeto a un límite de coseguro de $35 por el suministro de insulina de la Parte B de un mes.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare	

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato incluidos en el sistema de pago para la ESRD, entre los que se incluyen el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en estadio terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, darbepoetina alfa o metoxipolietilenglicol-epoetina beta). • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas). Las siguientes categorías de medicamentos de la parte B están sujetas a terapia de pasos: • Agentes antineoplásicos • Factores estimuladores de colonias • Agentes inmunitarios • Intravítreos • Anticuerpos monoclonales • Somatostatinas • Viscosuplementos También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte B.	
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): ***Conciliación de la medicación*** *Le brindamos cobertura inmediatamente después del alta de un hospital o de una estancia en un SNF; un proveedor de atención de la salud calificado, en colaboración con su médico, revisará su régimen de medicación completo que estaba en vigor antes del ingreso y lo comparará y conciliará con el régimen que se le ha recetado en el momento del alta para asegurarse de que se obtengan nuevas recetas y se desechen los medicamentos que se han dejado de tomar.*	*Copago de $0 por servicios de conciliación de medicamentos.*

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden obtener la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Servicios intensivos para pacientes externos • Tratamiento con metadona	Copago de $30 por consulta.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos[(1)] Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio • Debe utilizar un proveedor de laboratorio dentro de la red. Nuestros proveedores de la red de laboratorios con contrato, que incluyen laboratorios independientes y laboratorios de propiedad del hospital, ofrecen múltiples ubicaciones donde se pueden obtener servicios. Algunos servicios de laboratorio pueden ser realizados por consultorios médicos, hospitales o centros de atención de urgencia que son proveedores de la red del plan. Si recibe servicios de extracción de sangre en el hogar, estos servicios tienen que cumplir con las recomendaciones del programa Federal de Medicare acerca del confinamiento en el hogar, haber sido ordenados por un proveedor de BlueCHiP for Medicare y ser realizados por un proveedor de servicios de laboratorio dentro de la red. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. • Exámenes de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica los indica para tratar un problema médico. (Radiología de alta tecnología) • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos, incluidos electrocardiogramas y ecografías **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos una mamografía de diagnóstico por año calendario	**Radiografías: copago de $25** **Radioterapia**: 20 % de costo total **Suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos:** 20 % del costo total por suministros cubiertos por Medicare **Análisis de laboratorio:** copago de $0 **Almacenamiento o administración de sangre:** copago de $0 **Radiología de alta tecnología:** copago de $150 **Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos, incluidos electrocardiogramas y ecografías**: copago de $50 Si se reciben los servicios en una instalación o en una visita al consultorio, además se puede aplicar el costo compartido correspondiente.$0 de copago por una

[(1)]Es posible que se requiera autorización previa

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
	mamografía de diagnóstico
Observación en un hospital para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota**: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-(877)-486-2048.	Copago de $250 por visita.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Servicios hospitalarios para pacientes externos [(1)] El plan cubre los servicios necesarios desde el punto de vista médico desde que usted recibe en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota**: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos una colonoscopia en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa	**Atención de emergencia:** copago de $130 **Observación:** copago de $250 **Cirugía ambulatoria en un entorno hospitalario:** copago de $250 **Cirugía ambulatoria en un centro de cirugía ambulatoria:** copago de $200 **Análisis de laboratorio:** copago de $0 **Exámenes de diagnóstico:** copago de $50 **Programa de hospitalización parcial para atención de la salud mental:** copago de $100 **Radiografías: copago de $25** **Radiología de alta tecnología:** copago de $150 **Equipo médico duradero y suministros:** 20 % del costo total **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare:** 20 % del costo total Copago de $0 para una colonoscopia de diagnóstico

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), asesor profesional con licencia (LPC), terapeuta familiar y de pareja con licencia (LMFT), enfermero profesional (NP), médico asistente (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos el acceso a servicios en tiempo real con citas virtuales a través de la herramienta en línea de BCBSRI Doctors. Inicie sesión en su portal web en mybcbsri.com para programar una cita.	Copago de $30 por cada consulta cubierta por Medicare. Copago de $0 por servicios prestados en un entorno de telesalud.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos(1) Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). (1)Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de $30 por consulta. Copago de $0 por servicios prestados en un entorno de atención médica domiciliaria. Un copago por fecha de servicio, por proveedor médico, por cada tipo de servicio
Servicios ambulatorios para el trastorno por el consumo de sustancias Servicios que ayudan a diagnosticar, tratar y apoyar la recuperación de trastornos por consumo de alcohol o drogas en un entorno ambulatorio, donde recibe atención sin ser admitido en un hospital. Los servicios prestados por cualquier proveedor o centro deben estar reconocidos por Medicare.	Copago de $30 por cada consulta cubierta por Medicare. Copago de $0 por servicios prestados en un entorno de telesalud.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios[(1)] **Nota**: Si se va a someter a una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si se hará como paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente externo. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos una colonoscopia en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $200 para cirugía cubierta por Medicare realizada en un centro quirúrgico ambulatorio. Copago de $250 por cirugías cubiertas por Medicare, recibidas en un hospital de servicios ambulatorios. Copago de $0 para una colonoscopia de diagnóstico.
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): ***Beneficio de artículos de venta libre (OTC)*** *Le proporcionamos crédito trimestral que le permitirá comprar artículos personales para el cuidado de la salud. Las tarjetas perdidas pueden sustituirse llamando a Nations OTC al 866-304-2138.* *Tiene tres formas de adquirir sus artículos OTC:* 1. ***Por internet:*** *visite bcbsri.nationsbenefits.com, donde se le pedirá que introduzca su número de tarjeta de 16 dígitos. Seleccione productos, agréguelos al carrito y pague. Los artículos se le enviarán sin costo alguno.* 2. ***Por teléfono:*** *866-304-2138* 3. ***Personalmente:*** *realice su compra en la tienda en los establecimientos participantes. Para su comodidad, puede utilizar una aplicación para escanear los productos en las tiendas y determinar su elegibilidad. La aplicación se puede encontrar buscando "Benefits Pro" en la tienda de aplicaciones de su teléfono.* *Los beneficios no utilizados no se trasladan al siguiente período de beneficios.*	*El plan proporcionará hasta $50 de asignación por trimestre.*

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio de hospital para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, y que es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo de tratamiento para pacientes externos* es un programa estructurado de terapia activa de salud conductual (mental) que se brinda en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud aprobado por el Gobierno federal o una clínica de salud rural, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. Para los servicios intensivos para pacientes externos prestados en un programa de tratamiento por uso de opioides, consulte la sección “Programa de tratamiento de opioides” en este cuadro.	Copago de $100 por día
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): *Servicios de recuperación entre pares* *Los servicios cubiertos incluyen apoyo al miembro, educación y recursos para facilitar la recuperación de un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias. Los especialistas de Recuperación entre pares certificados trabajan con los miembros para entender sus afecciones de salud conductual, explorar el sistema de salud de manera efectiva y abordar las barreras para el compromiso y la recuperación. Consulte su Directorio de proveedores para encontrar un proveedor participante.*	*Copago de $0 por visita*

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que usted recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP O especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: PCP, salud mental y especialistas seleccionados. o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental	**Atención primaria:** Copago de $0 por visita al consultorio **Especialista:** Copago de $30 por consulta en consultorio No se aplica el copago a servicios de cirugía cubiertos prestados en un consultorio para pacientes externos. **Servicios de telesalud:** Copago de $0 para PCP y especialistas en salud mental. Copago de $30 para servicios de telesalud prestados por todos los demás especialistas aprobados

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si:** o No es un paciente nuevo **y** o El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o El control no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Evaluación del video o las imágenes que envíe a su médico, y la interpretación y el seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: o No es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y** o La evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión *de otro proveedor de la red* antes de la cirugía. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos sus servicios de telesalud que le permiten recibir diagnóstico, tratamiento, atención de seguimiento y apoyo de un proveedor desde la comodidad de su hogar mediante video, teléfono u otra tecnología de comunicación seguros cuando corresponda para su atención. También cubrimos servicios virtuales de atención de urgencia que no sean de emergencia y servicios de salud conductual (terapia y psiquiatría) a los que se puede acceder a través de la herramienta en línea de médicos de BCBSRI disponible a través de su portal. Inicie sesión en mybcbsri.com para programar una cita. *Se requiere una derivación para que las visitas al consultorio de especialistas se cubran bajo este plan.	**Herramienta Drs. Online:** $0 de copago

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Servicios de podología* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores *Se requiere una derivación para que se cubran los servicios bajo este plan. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** ***Cuidado de rutina de los pies*** *Cubrimos la atención de los pies de rutina, que incluye el corte o eliminación de durezas o callos, corte de las uñas de los pies y otra atención de mantenimiento preventivo higiénico incluida en el cuidado personal. El nivel de beneficios se determina en función del servicio que se presta y si hay una enfermedad localizada, como problemas circulatorios debido a diabetes, lesión o síntomas que involucran el pie. Los procedimientos de corte, como el corte de uñas, están cubiertos en el beneficio de cirugía para pacientes externos cuando hay una indicación cubierta.* *Todos los demás servicios están cubiertos en el beneficio de visita al consultorio de atención de los pies de rutina del miembro. Este servicio se cubrirá solamente si hay una enfermedad localizada como problemas circulatorios debidos a diabetes, lesión o síntomas que comprometan el pie.*	Copago de $30 por consulta. No se aplica el copago a servicios de cirugía cubiertos prestados en un consultorio para pacientes externos. *Copago de $30 por visita para la atención de rutina de los pies.*

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA, incluidos los honorarios por inyectarse el medicamento, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de las indicaciones de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados[(1)] Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así	Coseguro del 20 % para cada dispositivo cubierto por Medicare y suministros relacionados.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura tras una cirugía de cataratas o eliminación de cataratas; consulte *"Atención de la visión"* más adelante en esta tabla para obtener más detalles. Los miembros deben usar los equipos médicos duraderos de los proveedores de la red/que tengan contrato con el plan. Los equipos médicos duraderos y suministros que se obtienen de proveedores contratados fuera de la red/sin contrato con el plan no están cubiertos. Las farmacias de la red pueden utilizarse para ciertos suministros que pueden no estar disponibles a través de un proveedor de equipos médicos duraderos o disponibles tanto en una farmacia de la red como en un proveedor de equipos médicos duraderos. Excluye la cobertura del mantenimiento rutinario de los suministros. (1)Es posible que se requiera autorización previa	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas completos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y que tienen una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de $0 por visita
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los **miembros elegibles son**: personas entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de, al menos, 20 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas consultas, y que es proporcionada por un médico o un especialista no médico calificado. *Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba LDCT inicial:* los miembros deben recibir una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada con un médico o con otro profesional de la salud calificado. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo indica y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos exámenes de detección anuales.	
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios de diálisis y enfermedad renal incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	Copago de $0 por sesión

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no está disponible temporalmente o está fuera del alcance).	20 % del costo total por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial).	Copago de $275 por día para los días 1 a 6
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).	Copago de $0
• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.	20 % del costo total
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte los **medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla**.**	Copago de $0
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)[(1)] (Para obtener una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Para que se le cubran los servicios del SNF debe necesitar cuidados diarios de enfermería especializada o de rehabilitación especializada, o ambos. A los servicios de SNF debe solicitarlos un proveedor participante del plan y deben utilizarse instalaciones contratadas por el plan. Si no necesita atención especializada diaria, su plan no cubre los servicios del SNF.	Copago de $0 por día para los días 1 a 20. Copago de $218 por día para los días 21 a 45. Copago de $0 por día para los días 46 a 100. Usted está cubierto durante 100 días como máximo por cada período de beneficios para

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Los servicios médicos y otros servicios, como los de fisioterapia y terapia ocupacional, estarán cubiertos en un SNF si no cumple los requisitos para recibir atención especializada. Estos servicios estarán cubiertos por su Plan en la sección de beneficios específicos para estos servicios. Los centros de enfermería especializada de la red deben ser utilizados para que la atención esté cubierta. Consulte su Directorio de proveedores de BlueCHiP for Medicare Core (HMO) para encontrar instalaciones de la red. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, la atención en los SNF se obtiene en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada)	servicios de paciente internado en un SNF, de conformidad con las pautas de Medicare. Un “período de beneficios” comienza el primer día que acude a un SNF cubierto por Medicare y finaliza cuando no ha recibido ninguna atención en un SNF durante 60 días seguidos. Si va al SNF tras la finalización de un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios que puede recibir.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que se retire del hospital. (1)Es posible que se requiera autorización previa	
Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos e internados que cumplen con estos criterios: • Consuma tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco. • Es competente y está alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento. • Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año). **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos cuatro (4) visitas presenciales adicionales, según sea necesario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. $0 de copago
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para EAP en pacientes con claudicación	Copago de $20 por visita.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y que dicho personal esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS), que debe estar capacitado en técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina a su proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Los costos compartidos para los servicios urgentemente necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. Este beneficio se aplica a los servicios provistos por un Centro de atención de urgencia. El estatus de un proveedor como centro de atención de urgencia está determinado por	Copago de $50 por visita Es posible que se apliquen costos compartidos adicionales para determinados servicios recibidos durante la atención de urgencia (p. ej., equipo médico duradero, pruebas de diagnóstico para pacientes externos).

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
el plan o por la forma en que el proveedor está autorizado y/u opera. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):**	
Cubrimos los servicios de urgencia necesarios en todo el mundo.	Copago de $50 por visita
También cubrimos servicios virtuales de atención de urgencia que no sean de emergencia y servicios de salud conductual (terapia y psiquiatría) a los que se puede acceder a través de la herramienta en línea de médicos de BCBSRI disponible a través de su portal. Inicie sesión en mybcbsri.com para programar una cita.	Copago de $0 por la herramienta Drs Online
Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de rutina de la vista (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto.	Copago de $30 por consulta. No se aplica el copago a servicios de cirugía cubiertos prestados en un consultorio para pacientes externos.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del glaucoma.
• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año.	Copago de $0 para las pruebas de detección. Puede aplicarse un copago por separado en el consultorio.

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** ***Examen de la vista de rutina*** *Cubrimos un examen de la vista de rutina que evalúa la calidad y la salud general de la vista cuando lo realiza un proveedor del plan participante. Si tiene una lesión o enfermedad de la vista, problemas oculares específicos u otras afecciones, consulte* ***Atención de la vista*** *para conocer los costos compartidos correspondientes.* ***Artículos para la visión*** *Proporcionamos cobertura para la compra de anteojos, marcos y/o lentes de contacto cada año calendario. Aunque no hay copago para los anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas, la asignación puede utilizarse para comprar marcos o lentes mejorados después de dicha cirugía.* *Puede consultar a cualquier proveedor de servicios de visión autorizado en los EE. UU. para obtener sus artículos para la visión. Si opta por recibir sus artículos a través de un proveedor de EyeMed, este aplicará su asignación en el punto de servicio y nos facturará directamente a nosotros. Si elige un proveedor que no es de EyeMed, es posible que deba pagar por el hardware por adelantado. En este caso, deberá solicitar el reembolso a través de EyeMed. Para solicitar el reembolso de forma electrónica, inicie sesión en su portal en mybcbsri.com. Para encontrar un proveedor de EyeMed, visite: bcbsri.com/finddoctor o llame directamente a EyeMed al (844) 844-0894.* *Si tiene un saldo restante después de haber comprado accesorios para la vista y desea realizar más compras, debe usar la misma red de proveedores de anteojos.*	No hay coseguro, copago ni deducible para los anteojos o lentes de contacto aprobados por Medicare; sin embargo, cualquier mejora es responsabilidad suya. Consulte el beneficio de Artículos para la visión para obtener detalles de cobertura sobre las mejoras. *Copago de $0 por un examen de rutina de la vista.* ***Artículos para la visión*** *Asignación de $150 por año*

Servicio cubierto	**Lo que usted paga**
Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" Nuestro plan cubre la consulta preventiva de *"Bienvenida a Medicare"* por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de *"Bienvenida a Medicare"* solo durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su consulta preventiva de *"Bienvenida a Medicare"*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva *"Bienvenida a Medicare"*.

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

Esta sección le informa qué servicios están *excluidos* de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en ciertas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de salud en el hogar	Medicare cubre la atención de enfermería especializada a tiempo parcial o intermitente médicamente necesaria.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas.	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Atención dental que no sea de rutina	La atención dental necesaria para tratar una enfermedad o lesión puede tener cobertura como atención para pacientes internados o externos.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	Cubierto. Consulte la Sección 2.1 para ver el listado de los beneficios y las limitaciones.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con armazones estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de una cirugía de cataratas con implante de lente intraocular.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (p. ej., si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	Medicare cubre exámenes auditivos de diagnóstico y exámenes de equilibrio si los indica un médico.
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna situación
Servicios prestados por proveedores que no son reconocidos por Medicare, a menos que se indique lo contrario en esta Evidencia de cobertura.	No cubiertos en ninguna situación

CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

En ocasiones, cuando obtiene atención médica, es posible que deba pagar el costo completo. Otras veces, se dará cuenta de que paga más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva (le reembolse) el dinero. Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde del costo por servicios médicos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido tal como se menciona en este material. Primero, intente resolver el tema de la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

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

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

- Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
- Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya efectuó.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
    - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos el monto de la parte que nos correspondía.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores añadan cargos adicionales separados, lo que se denomina **facturación de saldo**. Esta protección (que nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que realizó y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan

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

Si se afilió retroactivamente en nuestro plan y ya pagó como desembolso directo cualquiera de sus servicios cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reintegremos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir el servicio o medicamento. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo por el servicio o el medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión.
El Capítulo 7 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos el dinero llamándonos o enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamación de medicamentos de la Parte B y/o servicios del seguro médico** dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió el servicio o artículo.

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

Solicitudes de pago de atención médica:
Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
Claims Dept
500 Exchange Street
Providence, RI 02903

Solicitudes de pago para reembolsos médicos de medicamentos de la Parte B:
Prime Therapeutics
P.O. Box 20970
Lehigh Valley, PA 18002-0970

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

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

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

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límite importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, vaya al Capítulo 7.

CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos brindar información de una forma que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas diferentes al inglés y en braille, letra grande u otros formatos alternativos).

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en otros idiomas además del ingles, que incluyen español, y en braille, letra grande o en otro formato alternativo sin costo, si así lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo con nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos brindar información de una forma que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas diferentes al inglés y en braille, letra grande u otros formatos alternativos).

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle materiales en braille, letra grande o en otro formato alternativo sin costo, si así lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nuestra parte de una manera que sea conveniente para usted, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan debe brindarles a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para que puedan recibir los servicios de atención médica preventiva y de rutina.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan encontrar prestadores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo paga el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde ir para acceder a este servicio por medio de una distribución de costos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y apropiado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un

especialista de la red, llame para presentar una queja formal con nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al 401-277-2958 o al (800) 267-0439 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.° de octubre al 31 de marzo, los siete días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del 1.° de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. al mediodía. Hay un sistema de respuesta disponible automatizado fuera de este horario. También puede presentar una queja con Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o de forma directa con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos. Tiene derecho a ir a un especialista de salud para mujeres (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención.

El Capítulo 7 le informa lo que puede hacer si piensa que no recibe su atención médica dentro de un período razonable.

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.

- Excepto por las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información médica a alguien que no le brinde atención o no pague por su atención, *estamos obligados a obtener su permiso por escrito o el de alguien a quien usted le haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted primero.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información de salud. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, dicha divulgación se hará conforme a las leyes y reglamentaciones federales. En general, esto requiere que no se divulgue la información que permita identificarlo.

Puede ver la información en sus registros y saber cómo se compartió con otras personas.

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse.

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

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Como miembro de BlueCHiP for Medicare Core (HMO), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información acerca de nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.

- **Información sobre nuestros proveedores de la red.** Usted tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red, y sobre cómo pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe cumplir al usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico no está cubierto o si su cobertura está restringida. El Capítulo 7 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

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

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

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

Tiene derecho a brindar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas usted mismo.

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

- Completar un formulario escrito para darle a **alguien con la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica si no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones reciben el nombre de **directivas anticipadas**. Los documentos como **testamento en vida** y **poder para la atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Cómo formular un documento de voluntades anticipadas para dejar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Complete y firme el formulario.** Independientemente de dónde consiga este formulario, es un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que le ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que será internado y firmó una directiva anticipada, **lleve consigo una copia cuando vaya al hospital**.

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

Completar una directiva anticipada es su elección (que incluye si quiere firmar una si está en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se cumplen sus instrucciones

Si firmó una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones allí establecidas, puede presentar una queja ante

Departamento de Salud de Rhode Island

3 Capitol Hill

Providence, RI 02908

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

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 7 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Sección 1.7 Si considera que lo están tratando de manera injusta o que no se están respetando sus derechos

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

Si considera que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para manejar el problema que tiene:

- **Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.
- **Llame a su SHIP local** al (401) 462-3000.
- **Llame a Medicare** al 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-(877)-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**.
- **Llame a su SHIP local** al (401) 462-3000.
- **Contacto de Medicare**

- Visite Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections*. (disponible en: Medicare Rights & Protections)
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use este *Evidencia de cobertura* para saber lo que está cubierto y las normas que debe seguir para recibir los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan más detalles sobre los servicios médicos.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica además de nuestro plan, o una cobertura separada para medicamentos con receta, debe informarnos al respecto.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscripto en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan siempre que reciba atención médica.
- **Ayude a que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo adelante con su atención.**
  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.

- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando su prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para algunos de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio.
- **Si se muda *dentro* del área de servicio de nuestro plan, de todas maneras necesitamos saberlo** para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo contactarle.
- **Si se muda *fuera* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquelo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar reclamos** (también denominados quejas formales).

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que usted y nosotros debemos seguir.

La información en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los

usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Las siguientes son dos organizaciones que pueden ayudarle:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. El número de teléfono de la Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island es (401) 462-3000. Los usuarios de TTY pueden llamar al (401) 462-0740. Encontrará otra información de contacto del SHIP de Rhode Island en la Sección 3 del Capítulo 2.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud se relacionan con sus beneficios o con su cobertura?

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 9, Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**.

Decisiones de cobertura y apelaciones

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

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la *Evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de

cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

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

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información acerca de las apelaciones de atención médica del Nivel 2, consulte la **Sección 5.4**.

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

Sección 4.1 Obtener ayuda cuando está pidiendo una decisión de cobertura o presentando una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.
- **Su médico puede hacer la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
    - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su *representante* para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si desea que un amigo, familiar u otra persona sea su representante, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario de *Designación de representante*. (El formulario también está disponible en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.

- Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no obtenemos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente**. Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de derivación. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no está obligado a contratar a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.2 Normas y fechas límite para diferentes situaciones

Existen 3 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Proporcionamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico le está dando de alta demasiado pronto.
- **Sección 7:** “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto” (*Solo se aplica a estos servicios*: atención médica en el hogar, atención en centro de enfermería especializada y servicios en el Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos [CORF]).

Si no está seguro de que la información se aplique a su caso, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

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

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

Sus beneficios de atención médica se describen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican reglas diferentes para una solicitud de medicamentos de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para servicios y artículos médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 situaciones siguientes:

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

Nota:**Si la cobertura que se interrumpirá es por servicios de atención médica en un hospital, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, consulte las Secciones 6 y 7 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura implica su atención médica; se llama **determinación de la organización**.

Una "decisión de cobertura rápida" en ocasiones se denomina **"determinación acelerada".**

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el servicio o artículo médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás servicios y artículos médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o dentro de las 24 horas para los medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Puede *solicitar cobertura solamente* para artículos y/o servicios de atención médica (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *únicamente* si utilizando las fechas límite estándares puede poner en gran peligro su salud o perjudicar su capacidad para recuperar la funcionalidad.

Si su médico nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente acordaremos darle una decisión de cobertura rápida.

Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:

- Explique que usaremos las fechas límite estándares.
- Explica que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Explica cómo puede presentar una *queja rápida* sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para presentar su solicitud de autorización, a fin de que le proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y nosotros le respondemos.

Para las decisiones de cobertura estándares, utilizamos las fechas límite estándares.

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

- **Sin embargo,** si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas).

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

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

- **Sin embargo,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos demorar hasta 14 días calendario más**. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

- Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 9 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

Una "apelación estándar" generalmente se presenta en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se presenta en un plazo de 72 horas.

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

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

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence esta fecha límite y tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.**

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

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

Fechas límite para una apelación rápida

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de obtener su apelación.** Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a todo o una parte de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente sobre su apelación a la organización de revisión independiente para procesar una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
    - Sin embargo, si usted solicita más tiempo, o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si cree que *no* debemos tardar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 para obtener información sobre las quejas).
    - Si no le damos una respuesta para la fecha límite indicada (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si respondemos Sí a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o suministrar la cobertura dentro de los **30 días calendario** si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si solicitó un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente.** En ocasiones, se denomina **IRE**.

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

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. Esta información se denomina **archivo del caso**. **Tiene el derecho de pedirnos una copia del archivo 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 cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una apelación rápida en el Nivel 1, también tendrá una apelación rápida en el Nivel 2

- Para la apelación rápida, la organización de revisión independiente le debe dar una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Si tuvo una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, *si su solicitud es para un artículo o servicio médico*, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** después de recibir su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente

debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.

- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toman días adicionales, se lo notificarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le responde.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos en los que se basó.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas,** tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de lo que solicitó para un medicamento de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B **en el plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para las **solicitudes aceleradas,** tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nosotros en que no hay que aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura por atención médica. (Esto se llama **reafirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:
    - Explique la decisión.
    - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Explicarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, decida si quiere llevar al siguiente paso su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles para saber cómo hacerlo aparecen en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por concepto de atención médica

El Capítulo 5 describe cuándo usted puede solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Pedirnos un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación correspondiente para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber obtenido su apelación. Si nos pide que le reembolsemos la atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

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

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

- El día que deja el hospital se llama su **fecha de alta hospitalaria.**
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 6.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Después de los 2 días calendario de su hospitalización, se le entregará un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. Lea este aviso en detalle y consulte si no entiende algo. Dice lo siguiente:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
- Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** sobre la decisión de alta si piensa que recibe el alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta más tiempo.

2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
- La firma del aviso muestra *solo* que recibió la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. La firma del aviso **no significa** que usted acepta una fecha de alta.

3. Guarde su copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) cuando la necesite.

- Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
- Para ver una copia de este aviso por adelantado, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede obtener el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

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

Para solicitarnos que cubramos servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda lo que necesita hacer y cuáles son las fechas límite:

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**

- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

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

Paso 1: Contacte a la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- El aviso por escrito que reciba (*Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le informa cómo comunicarse con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta.**
    - **Si cumple esta fecha límite**, puede quedarse en el hospital *después* de su fecha del alta hospitalaria *sin pagar* mientras espera recibir la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.
    - **Si no cumple con esta fecha límite, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de su fecha del alta hospitalaria planificada, *es posible que tenga que pagar todos los costos* por la atención médica hospitalaria que recibe después de su fecha del alta hospitalaria planificada.
- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día después de que nos contacten, le daremos un **Aviso detallado del alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

- Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048). O puede obtener un ejemplo de aviso en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día entero posterior a que haya recibido toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará su respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión independiente dice *sí*, **debemos seguir brindando sus servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión independiente dice *no*, significa que su fecha del alta hospitalaria planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *después* de que la Organización para la mejora de la calidad le brinde la respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **entonces es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación *y* se queda en el hospital después de su fecha del alta hospitalaria planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que va a pasar al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 6.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Contacte a la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finalizó su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: Dentro de los 14 días de la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Qué sucede si la organización de revisión independiente dice SÍ:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte del costo de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir proporcionando**

cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados mientras sea médicamente necesaria.

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Qué sucede si la organización de revisión independiente dice NO:

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

Paso 4: Si la respuesta es NO, deberá decidir si quiere proseguir con su apelación al pasar al Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de estos 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando su cobertura de esa atención finalice, *dejaremos de pagar la parte del costo que nos corresponde por su atención.*

Si piensa que dimos por finalizada la cobertura demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 7.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

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

1. Recibirá un aviso por escrito al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:

- La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
- Cómo solicitar una apelación por vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más prolongado.

2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió. La firma del aviso muestra *solo* que recibió la información sobre el momento en que finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en el Capítulo 2, Sección 3.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** está formada por un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención médica para las personas con Medicare. Esto incluye las

revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*), se le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare.*
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también pueden encontrarse en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué piensa que la cobertura por los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* , donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Un día después de que los revisores tengan toda la información que necesitan, le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen sí?

- Si los revisores dicen *Sí* a su apelación, entonces **debemos seguir brindando los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

- Si los revisores dicen *No*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le informamos**.
- Si decide seguir recibiendo servicios de atención médica a domicilio, centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención médica por usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es no, decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1 y decide seguir recibiendo atención después de finalizada su cobertura para esa atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión 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 su atención médica a domicilio, atención de un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Contacte a la Organización para la mejora de la calidad de nuevo y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede

pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad hace una segunda revisión de su situación.

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

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice sí?

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

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente dice no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es no, debe decidir si quiere proseguir con su apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2 (lo que representa un total de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 8 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 8.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que en los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

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

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* terminar**. A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de obtener la decisión del juez de derecho administrativo o abogado mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
    - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le responderá. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.** A diferencia de la decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es NO o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado**.
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aprueba* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentación de quejas

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

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

El proceso de quejas *solo* se usa para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al

cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
Respeto por su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otras conductas negativas	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿No está satisfecho con nuestro Equipo de Conserjería de Medicare? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud?¿O por nuestro Equipo de Conserjería de Medicare u otro personal de nuestro plan médico? o Entre los ejemplos se incluye esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?
Información que le brindamos	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con *lo oportuno* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si pidió una decisión de cobertura o presentó una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos pidió una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y hemos dicho que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con las fechas límite de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios

Queja	Ejemplo
	o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 9.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se llama un **reclamo**.

Presentar una queja se llama **presentar un reclamo**.

Usar el proceso para presentar quejas se llama **usar el proceso para presentar un reclamo**.

Una **queja rápida** se llama un **reclamo acelerado**.

Paso 1: Contáctenos de inmediato, por teléfono o por escrito.

- **Llamar a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si hay algo más que necesita hacer, Equipo de Conserjería de Medicare se lo informará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja ante nosotros por escrito.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- BlueCHiP for Medicare tiene un procedimiento formal para verificar su queja. Se llama "procedimiento de reclamos de Medicare". El reclamo debe presentarse dentro de los 60 días posteriores al hecho o incidente. Según su estado de salud, su reclamo debe ser abordado tan pronto como su caso lo requiera, pero, como máximo, 30 días después de que recibimos su queja. BlueCHiP for Medicare puede extender el marco de tiempo hasta en 14 días si solicita una extensión o si se requiere información adicional y la demora es lo mejor para usted. Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo, se le informará de las opciones de resolución de conflictos que pueda tener.

  Las quejas por escrito pueden ser enviadas a BlueCHiP for Medicare mediante la dirección o número de fax siguiente:

  Por fax:(401) 459-5668

Por correo postal:

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
Grievances and Appeals Unit: Medicare Advantage
500Exchange Street
Providence, RI 02903

Tiene derecho a presentar un reclamo formal acelerado si solicitó una decisión rápida para un servicio o una apelación rápida para un servicio y determinamos que su solicitud se procesará dentro del plazo estándar (no acelerado). También tiene derecho a presentar un reclamo formal acelerado si extendemos el plazo necesario para tomar una decisión sobre su solicitud de un servicio o su apelación por un servicio. Si presenta un reclamo formal acelerado, revisaremos su inquietud de inmediato y le notificaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas de recibida su solicitud.

- La **fecha límite** para presentar una queja es de **60 días calendario** desde el momento en que tuvo el problema por el que desea quejarse.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

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

Sección 9.3 También puede presentar quejas acerca de la calidad de la atención a la organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja es acerca de la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones más:

- **Puede presentar su queja directamente ante la Organización para la mejora de la calidad.**
  La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar

y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 9.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre BlueCHiP for Medicare Core (HMO) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 8: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en BlueCHiP for Medicare Core (HMO) puede ser **voluntaria** (de su elección) o **involuntaria** (no de su elección):

- Es posible que abandone nuestro plan porque decide que *quiere* hacerlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindando su atención médica y continuará pagando sus costos compartidos hasta que finalice su membresía.

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

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

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

- El **período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elige mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el año siguiente.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de cobertura:
    - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
    - Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
    - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando se inicie la cobertura de su nuevo plan el 1.º de enero.

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

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage cada año**.

- El **Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es del 1.° de enero al 31 de marzo, y se aplica a los nuevos inscritos a Medicare que están en un plan MA, desde el mes en que adquieren el derecho a la Parte A y la Parte B, hasta el último día del 3.er mes de adquisición del derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede hacer lo siguiente:
    - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si se cambia a Medicare original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos independiente de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a haberse inscrito en un plan Medicare Advantage diferente o después de que recibamos su solicitud de cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

En ciertas situaciones, los miembros de BlueCHiP for Medicare Core (HMO) pueden ser elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid de Rhode Island
- Si rompemos nuestro contrato con usted

- Si está recibiendo atención en una institución, como una residencia de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Los períodos de inscripción varían según su situación.

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

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.
- Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.

Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar nuestro plan.

Sección 2.4 Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439** (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Busque la información en el manual ***Medicare & You 2027*** (Medicare y Usted 2027).
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan

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

Para cambiar de nuestro plan a:	Le contamos qué hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. • Quedará automáticamente cancelada su inscripción en BlueCHiP for Medicare Core (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.

Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Quedará automáticamente cancelada su inscripción en BlueCHiP for Medicare Core (HMO) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *sin* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción** Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Cuando comience su cobertura en el Programa Original Medicare, su cobertura de BlueCHiP for Medicare Core (HMO) quedará cancelada.

Nota: Si también tiene una cobertura de medicamentos con receta acreditable (p. ej., un plan de medicamentos por separado) y cancela su inscripción de esa cobertura, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más tarde después de no tener cobertura de medicamentos con receta acreditable durante 63 días o más seguidos.

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

Hasta que termine su inscripción y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo su atención, servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que sea dado de alta** (incluso si le dan el alta después del inicio de su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 BlueCHiP for Medicare Core (HMO) debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

BlueCHiP for Medicare Core (HMO) debe finalizar su membresía en el plan médico si sucede una de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
  - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan, y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan (no podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos permiso de Medicare primero).
- Si se comporta de manera inapropiada continuamente, y esto nos dificulta brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
- Si usted permite que alguien más use su tarjeta de miembro para recibir atención médica. (No podemos pedirle que se retire de nuestro plan por esta razón, a menos que primero obtengamos permiso de Medicare).
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el inspector general investigue su caso.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

BlueCHiP for Medicare Core (HMO) no tiene permitido pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

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

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía con nuestro plan

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

CAPÍTULO 9: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes

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

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación

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

Si desea mayor información o tiene dudas acerca de 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. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un reclamo en relación con un problema con el acceso en silla de ruedas, nuestro Equipo de Conserjería de Medicare puede ayudarle. Si considera que BCBSRI no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, información genética, prueba de aseguramiento o ubicación geográfica dentro del área de servicio, puede presentar un reclamo ante: Director of Grievance and Appeals

Department, Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island, 500 Exchange Street, Providence RI 02903, o llamar al (401) 459-5000 o al (800) 639-2227 (TTY/TDD: 888-252-5051). Puede presentar un reclamo en persona, por teléfono o por correo, por fax al (401) 459-5005 o electrónicamente a través de su portal para miembros en mybcbsri.com.

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

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Conforme a la normativa de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, BlueCHiP for Medicare Core (HMO), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a la normativa de los CMS en el Título 42, Parte 411, Subpartes B a D del CFR y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 10: Definiciones

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios de cirugía ambulatorios para pacientes que no requieren hospitalización y cuya estancia se espera que no exceda las 24 horas.

Apelación: una apelación es lo que usted presenta cuando no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica, o pago por servicios que ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido por nuestro plan. Como miembro de BlueCHiP for Medicare Core (HMO), solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o le cobren más que el monto de costos compartidos que determina nuestro plan.

Período de beneficios: la forma que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios en Centros de Enfermería Especializada (SNF) y en un hospital. Un período de beneficios comienza el día en que es admitido en un hospital o centro de enfermería especializada. El periodo de beneficios termina cuando usted no ha recibido ninguna atención de un centro de cuidados médicos especializados durante 60 días consecutivos. Para las hospitalizaciones, el período de beneficios finaliza cuando le dan el alta. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal a cargo de administrar Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: una cantidad que se le puede exigir que pague, expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios.

Queja: la manera formal de decir presentar una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas se usa *solamente* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Externos (CORF): un centro que principalmente brinda servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, incluida la terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y lenguaje, y servicios de evaluación de entorno en el hogar.

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

Costo compartido: el costo compartido se refiere a la cantidad que debe pagar un miembro cuando recibe servicios. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) cualquier deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios; 2) cualquier copago fijo que exija un plan cuando se reciba un servicio en particular; o 3) cualquier monto del coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio, que exija un plan cuando se reciba un servicio en particular.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

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

Cuidado asistencial: es la atención brindada en una residencia de ancianos, centro de cuidados de hospicio u otro centro donde no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: la cantidad que debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan pague.

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

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

Persona con doble elegibilidad: una persona que es elegible para la cobertura de Medicare y Medicaid.

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

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

Atención de emergencia: servicios cubiertos 1) de un proveedor calificado en atención médica de emergencia; 2) que son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

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

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Queja formal: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan o proveedores, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

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

Centro de cuidados paliativos: un beneficio que proporciona tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente externo.

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

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo de desembolso directo: lo máximo que usted paga como costo de desembolso directo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas del plan y las primas la Parte A y la Parte B de Medicare no se tienen en cuenta para el monto máximo de desembolso directo.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda asistencia para pagar los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Necesario desde el punto de vista médico: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, ciertas personas menores de 65 años con alguna discapacidad, y personas con Enfermedad Renal Terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

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

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare. Plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO); ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO); iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS); o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **Planes Medicare Advantage con Cobertura para Medicamentos con receta**. BlueCHiP for Medicare Core (HMO) no incluye cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

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

Plan de salud de Medicare: plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para brindar beneficios de la Parte A y Parte B a personas con Medicare que se inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los de Necesidades Espaciales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de farmacia para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro para ayudar a los pacientes externos a pagar los medicamentos con receta, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Póliza "Medigap" (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario a Medicare que venden las compañías de seguros privadas para cubrir las *"brechas"* en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

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

Proveedor de la red: proveedor es el término general para médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros médicos con licencia o certificación de Medicare y del estado para brindar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

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

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

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

Centro o proveedor fuera de la red: un centro o proveedor que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos de desembolso directo: consulte la definición de "costos compartidos" anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

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

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

Servicios preventivos: atención médica a servicios que le ayudan a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y exámenes de detección. También incluyen programas para el monitoreo de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarle a cuidar de su propia salud.

Médico de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor a quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

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

Organización para la mejora de la calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para verificar y mejorar la atención médica brindada a los pacientes de Medicare.

Derivación: se trata de una orden escrita por su médico de cuidados primarios para que usted visite a un especialista o para que obtenga ciertos servicios médicos. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internados, terapia física (paciente externo), terapia del habla y el lenguaje, y terapia ocupacional.

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

Atención en Centros de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada suministrados en forma continua, diaria, en un centro de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período especial de inscripción (Special Enrollment Period): período en el cual los asegurados pueden cambiar de cobertura médica o de medicamentos o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si se muda a un centro de cuidados médicos no especializados o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP): tipo de cobertura especial de Medicare Advantage que brinda atención médica más específica para determinados grupos de personas, como quienes están inscritos en Medicare y Medicaid, quienes viven en una residencia de ancianos, o quienes padecen ciertos problemas de salud crónicos.

Ingreso complementario del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados que sufren de discapacidades, son ciegas o tienen 65 o más años de edad. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios urgentemente necesarios: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio urgentemente necesario si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no es razonable dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina a su proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Equipo de Conserjería de BlueCHiP for Medicare

Método	Equipo de Conserjería para Medicare: información de contacto
TELÉFONO	(401) 277-2958 o (800) 267-0439 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del **1.° de octubre al 31 de marzo:** Siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del **1.° de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; y sábados, de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare también cuenta con servicios de interpretación gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del **1.° de octubre al 31 de marzo:** Siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del **1.° de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; y sábados, de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.
Fax	(401) 459-5089
CORREO	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island, Medicare Concierge Team 500 Exchange Street, Providence, RI 02903
SITIO WEB	bcbsri.com/medicare

Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island

La Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratis sobre los seguros médicos locales a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
TELÉFONO	(401) 462-3000
TTY	(401) 462-0740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
CORREO	The Rhode Island Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	www.oha.ri.gov/

Declaración de divulgación de PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona tiene obligación de responder a una solicitud de información, a menos que esté identificada con un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a:CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*