**Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2027**

# Evidencia de Cobertura para 2027:

## Sus beneficios y servicios de salud y cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de BlueRI for Duals (HMO D-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de su cobertura de salud y para medicamentos de Medicare desde el 1.º 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 los costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- 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

**Para preguntas sobre este documento, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439. (Los usuarios de TTY pueden 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 gratuita.**

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island ofrece este plan, BlueRI for Duals (HMO D-SNP). (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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP).

Este documento está disponible de forma gratuita en español y 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.º de enero de 2027.

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

# Índice

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

SECCIÓN 1 Usted está inscrito como miembro de BlueRI for Duals (HMO D-SNP) ..... 6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan ..... 7
SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan ..... 9
SECCIÓN 4 Materiales importantes de la membresía ..... 11
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 ..... 13
SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan ..... 18
SECCIÓN 7 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado ..... 21
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ..... 22

**CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos ..... 24**

SECCIÓN 1 Información de contacto de BlueRI for Duals (HMO D-SNP) ..... 24
SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare ..... 29
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) ..... 31
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) ..... 31
SECCIÓN 5 Seguro Social ..... 33
SECCIÓN 6 Medicaid ..... 33
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta ..... 35
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) ..... 39
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico proporcionado por un empleador ..... 40

**CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos ..... 41**

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan ..... 41
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica ..... 43
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica ..... 46
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? ..... 49
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica ..... 49

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica para la atención de la salud....51
SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero....52

**CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) ..... 54**

SECCIÓN 1 Cómo comprender los servicios cubiertos....54
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le muestra sus beneficios médicos y los costos....55
SECCIÓN 3 Servicios cubiertos fuera de BlueRI for Duals (HMO D-SNP) ....108
SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) ....108

**CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D .... 112**

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan ....112
SECCIÓN 2 Obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan....113
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan ....118
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura....121
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea....122
SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año ....126
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos....128
SECCIÓN 8 Cómo obtener su medicamento con receta ....130
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales....130
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos ....132

**CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D ..... 135**

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D ....135
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de BlueRI for Duals (HMO D-SNP) ....138
SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra....138
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible....140
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial....141

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.....148
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D.....148

**CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos..... 151**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos.....151
SECCIÓN 2 Cómo solicitar que le reintegremos un pago o que paguemos una factura que recibió.....154
SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aceptaremos o rechazaremos.....156

**CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades ..... 158**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....158
SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....165

**CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) ..... 167**

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud.....167
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada.....167
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema.....168
SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....169
SECCIÓN 5 Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....169
SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....172
SECCIÓN 7 Medicamentos de la Parte D:Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....180
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto.....190
SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree que su cobertura está terminando demasiado pronto.....194
SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5.....198
SECCIÓN 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.....201

SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.....204

**CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan ..... 205**

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan.....205

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? .....205

SECCIÓN 3 Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan.....209

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan .....210

SECCIÓN 5 BlueRI for Duals (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones .....210

**CAPÍTULO 11: Avisos legales ..... 213**

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes.....213

SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación .....213

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare .....214

**CAPÍTULO 12: Definiciones..... 215**

# CAPÍTULO 1:
# Primeros pasos como miembro

## SECCIÓN 1 Usted está inscrito como miembro de BlueRI for Duals (HMO D-SNP)

### Sección 1.1 Está inscrito en BlueRI for Duals (HMO D-SNP), que es un Plan de Necesidades Especiales de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

- **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).
- **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. La cobertura de Medicaid varía según el estado y el tipo de Medicaid que usted tenga. Algunas personas que tienen Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras personas también obtienen cobertura para servicios adicionales y medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

Ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos a través de nuestro plan, BlueRI for Duals (HMO D-SNP). 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.

BlueRI for Duals (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un Plan de Necesidades Especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. BlueRI for Duals (HMO D-SNP) está diseñado para personas que tienen Medicare y tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid con el costo compartido de la Parte A y la Parte B de Medicare (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por sus servicios de Medicare. Medicaid también puede brindarle otros beneficios al cubrir servicios de atención médica, medicamentos con receta, atención a largo plazo o servicios en el hogar y comunitarios que normalmente no están cubiertos por Medicare. También puede obtener

Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de Medicare. BlueRI for Duals (HMO D-SNP) le ayudará a administrar todos estos beneficios para que obtenga los servicios de salud y la ayuda con los pagos a los que tiene derecho.

BlueRI for Duals (HMO D-SNP) es administrado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes Medicare Advantage, este Plan de Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. Nuestro plan también tiene un contrato con el programa Rhode Island Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace brindarle su cobertura de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos con receta.

### Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueRI for Duals (HMO D-SNP) cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre las modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar 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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP) del 1.º de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos modificar los costos y beneficios de BlueRI for Duals (HMO D-SNP) 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) y Rhode Island Medicaid debe aprobar BlueRI for Duals (HMO D-SNP). Puede seguir obteniendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare y Rhode Island Medicaid renuevan la aprobación del 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 la Parte A y la Parte B de Medicare

- Viva dentro de nuestra área de servicio geográfica (descrita en la Sección 2.3). Las personas que están encarceladas no se consideran residentes en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- Cumpla con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

**Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan**

Nuestro plan está diseñado para cumplir las necesidades de las personas que obtienen ciertos beneficios de 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). A fin de ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para la ayuda con los costos compartidos de Medicare en virtud de Medicaid.

Nota:Si pierde su elegibilidad para Rhode Island Medicaid, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los *3* meses, entonces sigue siendo elegible para la membresía. La Sección 2.1 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante este período.

## Sección 2.2 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. Cada estado decide lo que cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y el costo de estos. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas del gobierno federal.

Además, Medicaid ofrece programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos Programas de Ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **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+]).

### Sección 2.3 Área de servicio del plan para BlueRI for Duals (HMO D-SNP)

BlueRI for Duals (HMO D-SNP) 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 todos los condados de Rhode Island: Bristol, Kent, Newport, Providence y Washington.

Si planea mudarse a otro estado, también debe ponerse en contacto con la oficina de Medicaid de su estado y averiguar cómo esta mudanza afectará sus beneficios de Medicaid. En la Sección 6 del Capítulo 2 de este documento, se incluyen los números de teléfono de Medicaid.

Si se muda fuera del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al 1 (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 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 o de medicamentos 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 2.4 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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP) si usted no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan por ello. BlueRI for Duals (HMO D-SNP) deberá cancelar su inscripción si no cumple este requisito.

## SECCIÓN 3 Qué esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan

### Sección 3.1 Evaluación de riesgos de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, se le realiza una evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, cognitivas, psicosociales, de salud conductual y funcionales.

Nosotros nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Puede acceder a la HRA a través de múltiples canales, incluso usando el sistema de respuesta de voz interactiva (Interactive Voice Response, IVR) telefónica, rellenando encuestas impresas enviadas por correo, completando la documentación con asistencia en persona y completando la documentación con asistencia telefónica con un miembro de su equipo de atención o un proveedor de servicios integrales, incluidos, entre otros, un asesor de salud y/o un administrador de atención. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego, nos comunicaremos con usted anualmente para informarle sobre cualquier actualización a fin de determinar si sus necesidades han cambiado.

## Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención puede ayudarlo a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, los especialistas a los que consulta u otros profesionales médicos que usted elija.

Trabaja con un equipo de atención médica para elaborar un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención les indica a usted y a sus médicos y otros proveedores de salud qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y/u otros servicios.

Su plan de atención médica incluye lo siguiente:

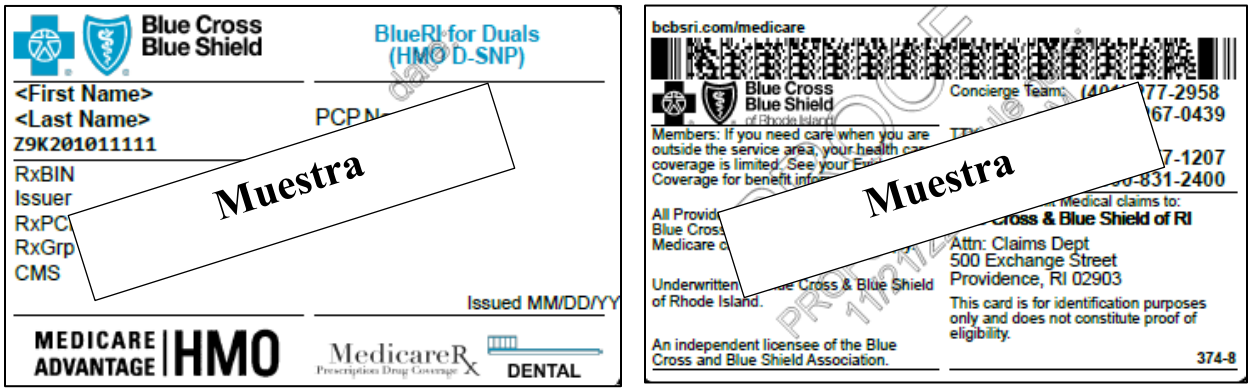
- sus objetivos de atención médica según sus prioridades, y
- un calendario para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que seguramente desea obtener. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos una vez al año o según sea necesario si hay algún cambio en su estado de salud.

# SECCIÓN 4 Materiales importantes de la membresía

## Sección 4.1 La tarjeta de membresía de nuestro plan

Use su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por parte de nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Ejemplo de tarjeta de membresía:




NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de BlueRI for Duals (HMO D-SNP), tal vez tenga que pagar 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 de inmediato a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al 1 (800)-267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

## Sección 4.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* bcbsri.com/medicare/planmaterials enumera a los proveedores actuales 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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

La lista más reciente de proveedores se encuentra en nuestro sitio web en bcbsri.com/medicare/planmaterials.

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o en formato impreso) a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al 1 (800)-267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Los *Directorios de proveedores* solicitados en papel se le enviarán por correo postal dentro de los 3 días hábiles.

## Sección 4.3 Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias* bcbsri.com/medicare/planmaterials enumera las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son farmacias que aceptan surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias*, puede solicitar una copia a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en bcbsri.com/medicare/planmaterials.

## Sección 4.4 Lista de medicamentos (Formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o Formulario). Informa qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en BlueRI for Duals (HMO D-SNP). Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado o reemplazado como se describe en el Capítulo 5, Sección 6. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de BlueRI for Duals (HMO D-SNP).

La Lista de medicamentos indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, visite bcbsri.com/medicare/planmaterials o llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

## SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

| | **Sus costos en 2027** |
|---|---|
| **Prima mensual del plan**<br>*Su prima puede ser mayor que este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles. | **$0** |
| **Deducible** | **$283**<br>**(salvo por la insulina provista a través de un equipo médico duradero)**<br>**Estos son los montos de gastos compartidos para 2026 y pueden cambiar para 2027. BlueRI for Duals (HMO D-SNP) proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen.**<br>**Si es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, usted no paga nada** |
| **Gastos máximos a su cargo**<br>Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 4). | **$9,850**<br>**Usted no es responsable de ningún costo de desembolso directo para alcanzar el monto de desembolso directo máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.** |
| **Visitas al consultorio de atención primaria** | **$0 de costo compartido por visita** |

| | **Sus costos en 2027** |
|---|---|
| **Visitas al consultorio de especialistas** | **$0 de costo compartido por visita** |
| **Estadía en el hospital para pacientes hospitalizados**<br>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. | **$0 de costo compartido** |
| **Cobertura de medicamentos de la Parte D***<br>(Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura en situaciones catastróficas). | **Deducible de la cobertura para medicamentos de la Parte D $700**<br>**(excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D)**<br>**Copagos durante la etapa de cobertura inicial:**<br>**Nivel 1 de medicamentos: $0**<br>**Nivel 2 de medicamentos: $0**<br>**Niveles 3 - 5 de medicamentos:**<br>**Medicamentos genéricos: $1.65 o $5.80**<br>**Medicamentos de marca: $5.00 o $14.40**<br>**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**<br>**Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.** |

*Esto se basa en si tiene subsidios por bajos ingresos (LIS), también conocidos como Ayuda adicional. Si no califica, el monto que paga puede ser mayor. Consulte el Capítulo 6 'Lo que paga por los medicamentos de la Parte D' para obtener más detalles.

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 4.5)

## Sección 5.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, su prima del plan se paga en su nombre si califica para recibir Ayuda adicional. Si no califica para recibir Ayuda adicional, entonces paga una prima mensual por BlueRI for Duals (HMO D-SNP).

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual del plan es de $31.20. **Si *ya* recibe ayuda de alguno de estos programas, es posible que la información sobre las primas en esta** *Evidencia de Cobertura* no se aplique a usted. Le enviamos un documento por separado, denominado *Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional de LIS*), que le informa sobre su cobertura para medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional de LIS*.

## Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

### Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 anterior, si desea ser elegible para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid, así como tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de BlueRI for Duals (HMO D-SNP), Medicaid paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos automáticamente) y su prima de la Parte B.

**Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, 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 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Como tiene doble elegibilidad, la multa por inscripción tardía (Late Enrollment Penalty, LEP) no se aplica a usted mientras mantenga su condición de doble elegibilidad, pero si pierde la condición puede incurrir en una LEP. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hubo un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos con receta acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable. Generalmente deberá pagar esta multa mientras siga teniendo cobertura de la Parte D.

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

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para poder pagar los costos de sus medicamentos.
- Han transcurrido menos de 63 días consecutivos sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Tenía una cobertura para medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (Veterans Health Administration, VA). Su asegurador o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información en una carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

    - **Nota**: Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar de medicamentos con receta de Medicare.
    - **Nota**: Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

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

- En primer lugar, se cuenta la cantidad de meses completos que se retrasó en la inscripción de un plan de medicamentos de Medicare, después de que fuera elegible para inscribirse. O se cuenta la cantidad de meses completos en los que no tuvo

cobertura acreditable para medicamentos si la interrupción de la cobertura fue de 63 días o más.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual del plan promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima nacional básica para beneficiarios). Para 2027, el monto de la prima promedio es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1 % de la prima nacional básica para beneficiarios y luego redondea ese monto a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa sería del 14 % multiplicado por $41.33, lo que equivale a $5.79. Esto se redondea a $5.80. Este monto se sumaría **a la prima mensual del plan para alguien con multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Tres aspectos importantes para tener en cuenta con respecto a la multa por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año** porque la prima nacional básica para beneficiarios puede cambiar cada año.
- **En general, usted continuará pagando una multa** todos los meses durante el período que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reajustará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para personas mayores en Medicare.

**Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden pedir una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.** En general, debe solicitar esta reconsideración **dentro de los 60 días** de la fecha de la primera carta que reciba que indique que tiene que pagar la multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagó una multa antes de inscribirse en nuestro plan, generalmente no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

### Sección 5.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Si pierde la elegibilidad para este plan debido a cambios en sus ingresos, es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional por su plan de Medicare, conocido como

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que quizás deba pagar en base a su ingreso, visite Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar el IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviaremos una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague siempre su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si no paga el IRMAA adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar el IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo hacer esto, llame al Seguro Social al 1-(800)-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

### Sección 5.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier medicamento recetado que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses restantes en el año.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

## SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan

### Sección 6.1 Cómo pagar su prima del plan

Hay cinco (5) formas en las que puede pagar la prima del plan.

- **Opción 1: Transferencia electrónica de fondos (EFT) de su cuenta bancaria cada mes**

Puede autorizar a Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island a debitar automáticamente su prima del plan de su cuenta bancaria la primera semana de cada mes. Para obtener más

información o solicitar instrucciones de inscripción y un formulario de autorización para la transferencia electrónica de fondos (Electronic Fund Transfer, EFT), llame a nuestro Equipo de Asistencia de BlueRI for Duals.

- **Opción 2: Deduzca las primas del plan de su cheque mensual del Seguro Social**
- **Opción 3: Portal web**

Puede hacer que la prima de su plan se cargue directamente a su tarjeta de crédito o débito, o puede realizar el pago a través de una cuenta corriente personal o comercial (Cámara de Compensación Automatizada [Automated Clearing House, ACH]) a través del portal web. Para configurar estas opciones de pago, inicie sesión en su portal en mybcbsri.com.

- **Opción 4: Pagar con cheque**

Los cheques tienen que hacerse a la orden de "Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island" o "BCBSRI", no a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni al Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS). Asegúrese de incluir su número de identificación de beneficiario de la póliza en el cheque. Puede encontrar este número en su tarjeta de membresía. Asegúrese de incluir la sección troquelable correspondiente de su factura junto con su cheque. Si recibe su factura digitalmente, incluya su identificación de asegurado en su cheque para asegurarse de que su pago se registre de manera oportuna. Se le facturará mensual o trimestralmente según su selección en el momento de la inscripción. Tenemos que recibir su cheque el primer día del mes. Puede pagar su factura por correo postal o en persona en Your Blue Store℠.

**Cheque por correo**
Puede enviar un cheque por correo postal a:
Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island
PO Box 1057
Providence, RI 02901

**Cheque en persona en Your Blue Store℠**

Ubicaciones de Your Blue Store℠:

**Cranston** – 300 Marshalls Plaza, 1400 Oaklawn Ave., Cranston, RI 02920

**East Providence –** Highland Commons, 71 Highland Ave., East Providence, RI 02914

**Lincoln –** Lincoln Commons, 622 George Washington Hwy., Lincoln, RI 02865

**Narragansett –** Salt Pond Shopping Center, 91 Point Judith Rd., Narragansett, RI 02882

**Warwick –** Cowesett Corners, 300 Quaker Lane, Warwick, RI 02886

- **Opción 5: Sistema telefónico automatizado**

Puede realizar pagos electrónicos y pagos con tarjeta de crédito o débito llamando al 1-(877)-810-0990, que es un sistema de respuesta de voz interactiva (IVR) que le permite realizar un pago sin la asistencia de un agente en vivo.

**Cómo cambiar la forma en la que paga su prima del plan** Si decide cambiar cómo paga la prima del plan, el nuevo método de pago puede demorar hasta 2 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted sigue siendo responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals.

**Si tiene problemas para pagar la prima del plan**

El pago de la prima del plan debe hacerse en nuestra oficina el primer día del mes. Si no recibimos su pago antes del día 1 del mes, le enviaremos un aviso de pago atrasado para informarle que el pago de su prima está vencido. Si debe una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.

Si tiene problemas para pagar la prima a tiempo, llame al Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para ver si podemos dirigirle a los programas que le ayudarán con sus costos.

Si cancela su inscripción o se cancela su inscripción en su plan por cualquier motivo, es posible que aún nos deba primas pendientes de pago. Tenemos derecho a solicitar el pago del monto que nos deba. Si desea volver a inscribirse en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos) en el futuro, deberá pagar el monto adeudado antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominada reclamo). Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439. Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711. Debe presentar la queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

### Sección 6.2 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.

Si resulta ser elegible para recibir Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, es posible que cambie la parte de la prima del plan que tiene que pagar. Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional con los costos de su cobertura para medicamentos, este programa paga parte de las primas mensuales del plan. Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual del plan completa. Obtenga más información sobre la Ayuda adicional en la Sección 7 del Capítulo 2.

## SECCIÓN 7 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, farmacéuticos y otros proveedores de la red de su plan **utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de sus 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede iniciar sesión en su portal en mybcbsri.com para actualizar su dirección.

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).

También debe comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Rhode Island si se muda o cambia su dirección postal. Puede ponerse en contacto con ellos por teléfono o personalmente, o puede actualizar su cuenta en línea:

- Personalmente: El personal de las oficinas del DHS (ubicaciones disponibles aquí: http://www.dhs.ri.gov/about-us/dhs-offices) puede ayudar a los clientes en persona.
- Teléfono: Llame al 1-(855)-697-4347 (de lunes a viernes, excepto los días feriados, de 8:30 a.m. a 3:00 p.m.)

En línea: Puede acceder a su cuenta en healthyrhode.ri.gov para actualizar su información. HealthSource Rhode Island también ofrece un chat web en vivo, que está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. y cuenta con personal del centro de llamadas en vivo disponible para ayudar a los clientes, tanto en inglés como en español.

## SECCIÓN 8 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 (el “pagador secundario”) solo paga si hay gastos que no cubre la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos 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 o los planes de salud grupales del empleador hayan pagado.

# CAPÍTULO 2:
# Números de teléfono y recursos

## SECCIÓN 1 Información de contacto de BlueRI for Duals (HMO D-SNP)

Si necesita ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals (HMO D-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

| **Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals: información de contacto** | |
|---|---|
| **Teléfono** | (401) 277-2958 u (800) 267-0439 cuando llame desde fuera del estado de Rhode Island<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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.<br><br>Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals también ofrece servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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. |
| **Fax** | (401) 459-5089 |
| **CORREO** | Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island<br>BlueRI for Duals Member Support Team<br>500 Exchange Street<br>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 sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. 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 o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

| **Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto** | |
|---|---|
| **Teléfono** | (401) 277-2958 u (800) 267-0439 cuando llame desde fuera del estado de Rhode Island<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br><br>Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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<br>Grievances & Appeals Unit<br>500 Exchange Street<br>Providence, RI 02903 |
| **SITIO WEB** | bcbsri.com/medicare |

| **Decisiones de cobertura y apelaciones para los medicamentos de la Parte D: información de contacto** | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | (800) 693-6651<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711. Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **Fax** | (855) 212-8110 |
| **CORREO** | Prime Therapeutics<br>Attention to: Clinical Review Department<br>2900 Ames Crossing Road, Suite 200<br>Eagan, MN 55121 |
| **SITIO WEB** | www.myprime.com |

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

| **Decisiones de cobertura y apelaciones para los medicamentos de la Parte B de farmacia: información de contacto** | |
|---|---|
| **Teléfono** | (800) 693-6651<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **Fax** | (855) 212-8110 |
| **CORREO** | **Solicitudes de beneficios de la Parte B**:<br>Prime Therapeutics<br>Attention to: Clinical Review Department<br>2900 Ames Crossing Road Suite 200<br>Eagan, MN 55121<br>**Solicitudes de reembolso de la Parte B de la farmacia:**<br>Prime Therapeutics<br>P.O Box 20970<br>Lehigh Valley, PA 18002-0970 |

### Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluso respecto de 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 9.

| **Quejas sobre atención médica: información de contacto** | |
|---|---|
| **Teléfono** | (401) 277-2958 u (800) 267-0439 cuando llame desde fuera del estado de Rhode Island<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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<br>Grievances and Appeals Unit: Medicare Advantage<br>500 Exchange Street<br>Providence, RI 02903 |
| **Sitio web de Medicare** | Para presentar una queja sobre BlueRI for Duals (HMO-D-SNP) directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint. |

### Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento 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 7 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 9 para obtener más información.

| **Solicitudes de pago de atención médica: información de contacto** | |
|---|---|
| **Teléfono** | (401) 277-2958 u (800) 267-0439 cuando llame desde fuera del estado de Rhode Island<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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) 459-5089 |
| **CORREO** | Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island<br>Claims Dept<br>500 Exchange Street<br>Providence, RI 02903 |
| **SITIO WEB** | bcbsri.com/medicare |

**Solicitudes de pago para medicamentos de la Parte D: información de contacto**

| | |
|---|---|
| **Teléfono** | (800) 693-6651<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Atendemos las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. La línea atiende las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **Fax** | (877) 684-7715 |
| **CORREO** | BlueRI for Duals (HMO D-SNP)<br>Attn: Prescription Drug Claims Payment Requests<br>P.O. Box 20970<br>Lehigh Valley, PA 18002-0970 |
| **SITIO WEB** | www.myprime.com |

## 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)<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-(877)-486-2048<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>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<br>• Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido el costo y los servicios que brindan.<br>• Encuentre médicos u otros suministradores y proveedores de atención médica que participan en Medicare.<br>• Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes, vacunas y consultas anuales de “bienestar”).<br>• Obtenga información y los formularios de apelaciones de Medicare.<br>• 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.<br>• Busque sitios web y números de teléfono útiles.<br>También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre BlueRI for Duals (HMO D-SNP).<br>**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.

Los asesores del SHIP de Rhode Island pueden ayudarle a entender sus derechos de Medicare, presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento médico y solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los 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.

| Información de contacto de SHIP de Rhode Island | |
|---|---|
| **Teléfono** | (401) 462-3000 |
| **TTY** | (401) 462-0740<br>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<br>Senior Health Insurance Program<br>25 Howard Ave, Building 57<br>Cranston, RI 02920 |
| **SITIO WEB** | www.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<br>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<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| **CORREO** | Acentra Health<br>BFCC-QIO Program<br>5700 Lombardo Center Dr., Suite 100<br>Seven Hills, OH 44131 |
| **SITIO WEB** | www.acentraqio.com |

BCBSRI tiene un Plan de Mejora de Desempeño de Calidad (Quality Performance Improvement Plan, QPIP) que documenta cómo BCBSRI recopila y evalúa los datos de resultados de salud de su población del D-SNP para lograr sus objetivos, y cómo toma medidas con respecto a estos.

BCBSRI evalúa el impacto y la eficacia de su QPIP todos los años. Los datos anuales y el progreso con respecto a los objetivos se recopilan, analizan e informan al Consejo Ejecutivo de Calidad y a las partes interesadas.

Si desea obtener una copia o más información de los procesos de gestión de calidad de BCBSRI, su QPIP o la evaluación de su QPIP, comuníquese con nosotros enviando un correo electrónico a DSNP.Questions@bcbsri.org.

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

| Seguro Social: información de contacto | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | 1-(800)-772-1213<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.<br>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<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>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.

Además, hay programas ofrecidos a través de Rhode Island Medicaid para ayudar a las personas que tienen Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como sus primas

mensuales. Estos *Programas de Ahorro de Medicare ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero cada año:*

**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 Calificado Plus (QMB+):** ayuda a pagar las primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Usted recibe todos los beneficios de Medicaid y no paga nada, excepto los copagos por medicamentos con receta de la Parte D.

**Beneficiario de Medicare con ingreso bajo específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** ayuda a pagar las primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Recibe los beneficios completos de Medicaid, pero puede haber casos en los que tenga que pagar los costos compartidos cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid.

**Beneficios completos de doble elegibilidad (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** ayuda a pagar las primas, deducibles, coseguro y copagos de la Parte A y la Parte B de Medicare. Recibe los beneficios completos de Medicaid, pero puede haber casos en los que tenga que pagar los costos compartidos cuando un servicio o beneficio no esté cubierto por Medicaid.

Si tiene preguntas acerca de la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island.

| **Programa estatal de Medicaid (para obtener información sobre la elegibilidad, la cobertura y los servicios): información del contacto del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Rhode Island** | |
|---|---|
| **Teléfono** | 1-(855)-697-4347 (1-855-MY-RIDHS)<br>De 8:30 a.m. a 3:00 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, excepto feriados |
| **TTY** | 711 |
| **CORREO** | RI Department of Human Services<br>PO Box 8709<br>Cranston, RI 02920 |
| **SITIO WEB** | www.dhs.ri.gov |

El Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (Aging and Disability Resource Center, ADRC) de Rhode Island es un servicio que conecta a adultos mayores, personas con discapacidades y cuidadores con información, beneficios y apoyo local, y los ayuda a explorar opciones y solicitar programas disponibles. El ADRC de Rhode Island también ofrece asesoramiento sobre opciones centradas en la persona para ayudar a las personas a comprender las opciones que tienen para servicios y apoyos a largo plazo. El servicio es gratuito y confidencial.

| **El Centro de Recursos para Personas Mayores y Discapacitadas (Aging and Disability Resource Center, ADRC)** | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | (401) 462-4444<br>Disponibilidad las 24 horas del día, los 7 días de la semana |
| **TTY** | 711 |
| **CORREO** | Office of Healthy Aging<br>25 Howard Ave, Building 57<br>Cranston, RI 02920 |
| **SITIO WEB** | https://oha.ri.gov/aging-disability-resource-center |

Alliance for Better Long-Term Care es un programa de Ombudsman que ayuda a las personas a obtener información sobre hogares de ancianos y a resolver problemas entre un hogar de ancianos y los residentes o sus familias.

| **Ombudsman estatal de RI, ubicado dentro de Alliance for Better Long-Term Care: Información de contacto** | |
|---|---|
| **Teléfono** | (401) 785-3340<br>Disponible de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. |
| **TTY** | 711 |
| **CORREO** | The Alliance for Better Long-Term Care<br>422 Post Road Suite 204<br>Warwick, RI 02888 |
| **SITIO WEB** | http://www.alliancebltc.org/ |

## SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

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

### Ayuda adicional de Medicare

Si tiene alguna pregunta sobre la Ayuda adicional, llame a los siguientes números:

- 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1(877) 486-2048;
- A la Administración del Seguro Social al 1-(800)-772-1213, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-(800)-325-0778; o
- A la oficina de Medicaid de su estado (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que está pagando un monto incorrecto por su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Puede solicitar ayuda para obtener la mejor evidencia disponible a través de nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto del copago cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si el copago es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos el dinero con un cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ella, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si tiene preguntas.

### ¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP)?

Muchos estados ofrecen ayuda para pagar medicamentos recetados, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero. La información de contacto de Asistencia Farmacéutica para las Personas Mayores de Rhode Island (Rhode Island Pharmaceutical Assistance to Elders, RIPAE) se puede encontrar a continuación en la subsección Programas estatales de asistencia farmacéutica.

### ¿Qué ocurre si tiene Ayuda adicional y cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP)?

El Programa de asistencia de Medicamentos para el sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que viven con el VIH/sida a acceder a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se incluyen en el Formulario del ADAP son elegibles para la asistencia de costos compartidos para medicamentos con receta a través del Programa Ryan White sobre el VIH/sida de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de RI.

**Nota**: Para ser elegible para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen una prueba de residencia en el estado y de la condición de VIH, bajos ingresos (de acuerdo a como lo define el estado), y de la condición de no asegurado/subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos incluidos o cómo inscribirse en el programa, llame a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de RI.

| **Programa de asistencia de medicamentos para el sida (ADAP): información de contacto Programa de asistencia de medicamentos para el sida de Rhode Island** | |
|---|---|
| **Teléfono** | (401) 462-3295<br>Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. |
| **Fax** | (401) 462-3297 |
| **CORREO** | RI Executive Office of Health and Human Services (EOHHS)<br>Virks Bldg, Suite 227<br>3 West Road<br>Cranston, RI 02920 |
| **SITIO WEB** | www.eohhs.ri.gov/Consumer/Adults/RyanWhiteHIVAIDS.aspx |

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o las discapacidades. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Rhode Island, el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es la Asistencia Farmacéutica para las Personas Mayores de Rhode Island (Rhode Island Pharmaceutical Assistance to the Elderly, RIPAE) que se brinda a través de la Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island. Las personas deben tener 55 años o más, estar inscritas en un plan Medicare Advantage o de la Parte D de Medicare que tenga cobertura de medicamentos con receta, no pueden estar inscritas en Medicaid o en el Programa de Ayuda Adicional del

Seguro Social, y deben ser residentes de Rhode Island para ser elegibles para el programa RIPAE.

| **Asistencia Farmacéutica para las Personas Mayores de Rhode Island (RIPAE): información de contacto** | |
|---|---|
| **Teléfono** | (401) 462-0560<br>Disponible de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m. |
| **TTY** | (401) 462-0740<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| **CORREO** | Rhode Island Pharmaceutical Assistance Programs<br>25 Howard Ave, Building 57<br>Cranston, RI 02920 |
| **SITIO WEB** | oha.ri.gov/what-we-do/access/health-insurance-coaching/drug-cost-assistance |

### Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de Medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual para medicamentos y le ayuda a gestionar los costos de desembolso directo para los medicamentos cubiertos por nuestro plan, ya que le permite distribuirlos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si está participando en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará de forma automática para 2027; no es necesario que envíe una solicitud de elección nueva para continuar participando en 2027.** La ayuda adicional de Medicare y la ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica (state's pharmaceutical assistance program, SPAP) y ADAP, para las personas que cumplen los requisitos, son más ventajosas que la participación en el Plan de pago de recetas de Medicare. Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o visite Medicare.gov.

| Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare: información de contacto | |
|---|---|
| **TELÉFONO** | (833) 893-2482<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana.<br>Servicios para Miembros (833) 893-2482 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana. |
| **Fax** | n/c |
| **CORREO** | Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island<br>Attn: M3P Elections<br>9450 SW Gemini Dr., Suite 87234<br>Beaverton, OR 97008-7105 |
| **SITIO WEB** | mybcbsri.com |

## SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados 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<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>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.<br>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<br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número no son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | https://RRB.gov |

## SECCIÓN 9 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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.

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

# CAPÍTULO 3:
# Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos y otros servicios cubiertos

## 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 detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan, 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 los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales, y otras instalaciones de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos 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 a un proveedor que forma parte de la red, no debe pagar nada o solo debe pagar la parte que le corresponde del costo de los servicios cubiertos por el plan.
- **Servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, servicios de atención médica, suministros, equipos y medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

### Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra la atención médica y otros servicios

Como plan de salud de Medicare, BlueRI for Duals (HMO D-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y puede ofrecer otros servicios además de los que cubre Original Medicare.

En general, BlueRI for Duals (HMO D-SNP) cubrirá su atención médica siempre que:

- **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 a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
    - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá otorgarle su aprobación por adelantado (una autorización previa) antes de que acuda a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
- **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 la atención de emergencia o los servicios urgentemente necesarios que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios, consulte la Sección 3.
    - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay proveedores dentro de la red en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente pagaría dentro de la red. En esta situación, cubriremos estos servicios como si hubiera obtenido la atención de un proveedor de la red. Requerimos una autorización previa fuera de la red para que estos servicios estén cubiertos antes de buscar atención a un costo compartido dentro de la red. Para más información sobre cómo obtener autorización 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

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

Un proveedor de atención primaria (PCP) es un médico de la red u otro profesional de la salud 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.

#### 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, póngase en contacto con el Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals.

#### 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals. Los cambios en su PCP entrarán en vigor inmediatamente después de recibir la solicitud.

## Sección 2.2 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.
- Usted no necesita una orden médica de su PCP para consultar a un especialista de nuestra red o a un profesional en servicios de salud mental/conductual.
- 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, deben comunicarse con BCBSRI o su designado para obtener la aprobación previa llamando al Equipo de Administración de la Utilización al (401) 272-5670. (O llame al 1-(800)-274-2958 para comunicarse con la Administración de la utilización de salud conductual). 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, 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 dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor para administrar 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, un reclamo por la calidad de la atención al plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

## Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Si recibe servicios de proveedores fuera de la red, 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 BlueRI for Duals 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 de la red, 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 Reciba atención si tiene una emergencia médica

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.

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 su atención de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Comuníquese con nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

#### 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 la red del plan no está disponible temporalmente.

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 cuando

la red vuelva a estar disponible, cubriremos servicios urgentemente necesarios que obtenga de un proveedor fuera de la red.

Para localizar un centro de atención de urgencia para los cuidados necesarios mientras se encuentra en el área de servicio del plan, consulte su Directorio de proveedores. 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 en bcbsri.com/finddoctor. También puede llamar a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals para que le ayuden a localizar un centro de atención de urgencia de la red.

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: se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera 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. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si pagó por sus servicios cubiertos o si recibe una factura por los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

### Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios

BlueRI for Duals (HMO D-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios según se enumeran en la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. 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. Cuando desee averiguar cuánto ha usado de su límite de beneficios, puede llamar al Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals.

## 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 requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y de exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas 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 haya pagado la parte que le corresponde del costo por estos servicios, nuestro plan pagará el resto. Al igual que para todos los servicios cubiertos, no pagará nada por los servicios cubiertos que reciba en el estudio de investigación clínica.

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 permita recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención hospitalaria para pacientes internados 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 como su parte del costo cuando recibe esta atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que usted 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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP), por lo general no podrá convertirse en propietario de los artículos de equipo médico duradero alquilados independientemente de la cantidad de copagos que pague por el artículo mientras es miembro de nuestro plan.** No podrá convertirse en propietario del 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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, BlueRI for Duals (HMO D-SNP) 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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP) 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 suministrador 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 costo compartido aplicable 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 comprender los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera sus servicios cubiertos como miembro de BlueRI for Duals (HMO D-SNP). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

### Sección 1.1 Usted no paga nada por sus servicios cubiertos

Dado que obtiene ayuda de Medicaid, usted no paga sus servicios cubiertos siempre que cumpla con las normas de nuestros planes para obtener su atención. (Para obtener más información sobre las normas de nuestros planes para recibir atención, consulte el Capítulo 3).

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

**Nota**: Dado que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este monto de desembolso directo máximo. Usted no es responsable de ningún costo de desembolso directo para alcanzar el monto de desembolso directo máximo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Los planes Medicare Advantage tienen un límite en la cantidad total que tiene que pagar como desembolso directo cada año por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare o por nuestro plan. 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 monto de desembolso directo máximo (MOOP) es de $9,850.**

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos cuentan para este monto de desembolso directo máximo. Las cantidades que pague por los medicamentos de la Parte D no cuentan para el 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 de desembolso directo máximo de $9,850, no deberá pagar ningún costo de desembolso directo por el resto del año para los servicios 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 2 La Tabla de beneficios médicos le muestra sus beneficios médicos y los costos

En la Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes, se enumeran los servicios que cubre BlueRI for Duals (HMO D-SNP) (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos solo están cubiertos cuando se cumplen estos 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 curso activo del tratamiento, incluso si el curso 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 atención de urgencia o emergencia, o a menos que nuestro plan le haya dado una autorización previa. 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.
- 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 una nota al pie.
- 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:

- Usted está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare, incluidos los copagos y el coseguro. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como servicios de trabajadores de atención de la salud comunitarios, programas diurnos para adultos y servicios preventivos, incluidos servicios de asistente de tareas domésticas/de asistente para el cuidado personal.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (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.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si pierde su elegibilidad para Rhode Island Medicaid, pero se puede esperar que la recupere dentro del período de tres (3) meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el plan estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos de los que el Estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad a Medicaid. El monto que paga por los servicios cubiertos por Medicare puede aumentar durante este período. Si tiene preguntas sobre su elegibilidad para Medicaid o necesita información adicional sobre cómo recuperar la elegibilidad, puede comunicarse con el equipo de especialistas en elegibilidad de Medicaid al (401) 459-1405, llamar al Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711), o visitar su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Rhode Island para obtener ayuda.

Usted no paga nada por los servicios que se muestran en la Tabla de Beneficios Médicos, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

Información importante sobre beneficios para los asegurados con problemas médicos crónicos:

- Si le diagnostican alguna de las afecciones crónicas que se enumeran a continuación y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para recibir Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).
    - Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias; Trastornos autoinmunitarios; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes mellitus; Enfermedad gastrointestinal crónica; Enfermedad renal crónica (ERC); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; Trastornos pulmonares crónicos; Afecciones crónicas e incapacitantes de salud mental; Trastornos neurológicos, Accidente cerebrovascular; Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; Atención posterior a un trasplante de órganos; Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores; Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo; Afecciones con dificultades funcionales y que requieren servicios similares; Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que los individuos mantengan o conserven el funcionamiento.
    - Puede ser elegible para el beneficio mensual de comestibles/servicios públicos, que es parte de los Beneficios Complementarios Especiales si vive con una o más afecciones crónicas que califican, mencionadas anteriormente. Sin embargo, los criterios de elegibilidad no se determinan únicamente por afección(es) crónicas. Si tiene un alto riesgo de hospitalización o resultados de salud adversos y requiere coordinación de cuidados intensivos, es probable que tengamos documentación de respaldo archivada a través de sus reclamaciones médicas. En el caso de que no haya historial de reclamaciones archivado, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals para preguntar cómo puede reunir los requisitos para tener el beneficio.
- Para obtener más detalles, vaya a la fila *Beneficios complementarios especiales para las personas con una enfermedad crónica* en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Comuníquese con nosotros para saber exactamente para qué beneficios puede ser elegible.

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

**Tabla de beneficios médicos**

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal**<br>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. |
| **Acupuntura para el dolor lumbar crónico**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:<br>A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos:<br>• Dura 12 semanas o más.<br>• 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.).<br>• No está relacionado con una cirugía.<br>• No está relacionado con un embarazo.<br>Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten mejoría.No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.<br>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.<br>**Requisitos del proveedor:**<br>Los médicos pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes.<br>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 | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| tratamiento de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y poseen:<br>• 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<br>• 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.<br>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)]<br>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.<br>[(1)]Es posible que se requiera autorización previa<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo. | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>**Examen físico anual**<br>*Cubrimos un examen físico anual cada 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 costo compartido para este beneficio* |
| **Consulta anual de bienestar**<br>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.<br>**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.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos una visita anual de bienestar adicional por año calendario. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.<br><br>Copago de $0 para la consulta anual de bienestar adicional. |
| **Medición de la masa ósea**<br>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)**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años<br>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más.<br>• Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos una mamografía de detección adicional por año calendario. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.<br>$0 para la consulta anual de bienestar adicional. |
| **Servicios de rehabilitación cardíaca**<br>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.<br>Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones:<br>• Ataque cardíaco en los últimos 12 meses<br>• Cirugía de bypass de arteria coronaria<br>• Angina de pecho estable (dolor de pecho)<br>• Reparación o reemplazo de la válvula cardíaca<br>• Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta)<br>• Trasplante de corazón o corazón y pulmón<br>• Insuficiencia cardíaca crónica estable<br>Restricciones respecto de la cobertura:<br>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 | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| requisitos, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que pueden distribuirse durante un período más largo. | |
| **Consulta para disminución del riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares)**<br>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**<br>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**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres.<br>• Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses si corre alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. |
| **Servicios quiroprácticos**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral. | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Prueba de detección de cáncer colorrectal**<br>Están cubiertos las siguientes pruebas de detección:<br>• 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.<br>• 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 después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección.<br>• 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.<br>• Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.<br>• 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.<br>• 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.<br>• 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.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos exámenes colorrectales de diagnóstico cuando sean médicamente necesarios y su proveedor de atención médica lo solicite. | $0 de costo compartido para exámenes de colorrectal diagnóstico. |
| **Servicios dentales**<br>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:<br>Atención dental no rutinaria cubierta por Medicare (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o de estructuras relacionadas, reducción y fijación de fracturas | *No hay costo compartido para los servicios dentales cubiertos* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación por cáncer neoplásico, o servicios que estarían cubiertos cuando son prestados por un médico).<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>***Servicios preventivos:***<br>***Exámenes de servicios preventivos/diagnósticos***<br>*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).*<br>***Limpiezas (profilaxis)***<br>*Dos (2) limpiezas por año calendario, incluidos raspados y pulidos menores. (Solo se cubrirá el código CPT dental D1110 para los servicios mencionados).*<br>***Tratamientos con flúor***<br>*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).*<br>***Radiografías dentales***<br>• *Una (1) serie de radiografías de aleta de mordida por año calendario.*<br>• *Serie de radiografías de boca completa o panorámica, una vez cada cinco años.*<br>• *Radiografías periapicales individuales según sea necesario, hasta un máximo de cuatro (4) por año.*<br>*(Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D0210, D0220, D0230, D0270, D0272, D0273, D0274, D0277, D0330 para los servicios mencionados anteriormente).*<br>***Servicios integrales:***<br>***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,* | *Beneficio dental anual máximo:*<br>*Máximo de $2,500 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.* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| *D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393, D2394, D2951 para los servicios mencionados anteriormente).*<br><br>***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).*<br><br>***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).*<br><br>***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 anteriormente).*<br><br>***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).*<br><br>***Endodoncia bucal:*** *tratamiento del conducto radicular. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D3310, D3320, D3330 para los servicios mencionados).*<br><br>***Cirugía bucal:*** *incluye las extracciones quirúrgicas, la eliminación de dientes impactados y biopsia de tejidos bucales (partes duras o blandas). (Solo los códigos CPT dentales D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250, D7251, D7285, D7286, D7510, D7511, D7520, D7521 estarán cubiertos para los servicios mencionados anteriormente. Los siguientes* | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| *códigos D9222, D9223, D9239, D9243 están cubiertos junto con procedimientos de intervención bucal cubiertos).*<br><br>***Servicios de prostodoncia/de restauración mayores:***<br><br>***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).*<br><br>***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).*<br><br>***Coronas e incrustaciones estéticas:*** *una incrustación estética* ***O*** *corona por diente en un período de cinco años. No se cubren los reemplazos dentro de los 5 años y se consideran responsabilidad del miembro. (Solo se cubrirán los códigos dentales de CPT D2710, D2712, D2720, D2721, D2722, D2740, D2750, D2751, D2752, D2780, D2781, D2782, D2783, D2790, D2791, D2792, D2794, D2980, D2981, D2982, D2543, D2544, D2643, D2644, D2663, D2664 para los servicios mencionados).*<br><br>***Pernos y muñones****: un perno y un muñón por diente en un período de cinco años. No se cubren los reemplazos dentro de los 5 años y se consideran responsabilidad del miembro. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D2952 y D2954 para los servicios mencionados).*<br><br>***Reconstrucción de muñón:*** *una reconstrucción de muñón por diente en un período de 5 años. No se cubren los reemplazos dentro de los 5 años y se consideran responsabilidad del miembro. (Solo se cubrirá el código CPT* | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| *dental D2950 para los servicios mencionados anteriormente).*<br><br>***Dentaduras postizas:*** *las dentaduras postizas completas o parciales se limitan a una vez en un período de cinco años. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D5110, D5120, D5130, D5140, D5211, D5212, D5213, D5214, D5221, D5222, D5223, D5224, D5225, D5226, D5282, D5283, D5284, D5285, D5286 para los servicios mencionados).*<br><br>***Implantes:*** *los servicios de implantes incluyen la colocación quirúrgica del implante, la colocación del pilar y la prótesis sostenida por un pilar. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D6010, D6011, D6012, D6013, D6040, D6050, D6051, D6055, D6056, D6057, D6058, D6059, D6060, D6061, D6062, D6063, D6064, D6065, D6066 D6067, D6068, D6069, D6070, D6071, D6072, D6073, D6074, D6075, D6076, D6077, D6080, D6090, D6091, D6096, D6098, D6099, D6100, D6101, D6102, D6103, D6104, D6105, D6110, D6111, D6112, D6113, D6114, D6115, D6116, D6117, D6120, D6121, D6122, D6123, D6190, D6194, D6195 para los servicios mencionados anteriormente).*<br><br>*Nota: Usted tiene cobertura para servicios dentales en virtud de la red nacional de BlueCHiP for Medicare.* | |
| **Prueba de detección de depresión**<br>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**<br>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 | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.<br><br>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. | |
| **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes**<br><br>Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina), los servicios cubiertos incluyen:<br><br>• 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.<br>• Solo se cubren los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas de los siguientes productos de la marca Abbott:<br>o Medidor Freestyle Freedom Lite<br>o Sistema de glucosa FreeStyle InsuLinx<br>o Tiras reactivas FreeStyle InsuLinx<br>o Medidor FreeStyle Lite<br>o Tiras reactivas Freestyle Lite<br>o Tiras reactivas Freestyle Precision Neo<br>o Tiras reactivas Freestyle<br>o Monitor Precision Xtra<br>o Tiras reactivas Precision Xtra<br>o 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.<br>o Durante el año del plan, el plan puede cambiar los productos de la marca Abbott | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| que aparecen en esta lista si los productos son discontinuados o si hay nuevos productos disponibles.<br>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.<br>• 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 extras 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.<br>• Productos de monitoreo continuo de la glucosa (MCG) | Consulte Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados. |
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**[(1)]<br>(Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3).<br>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.<br>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.<br>Por lo general, BlueRI for Duals (HMO D-SNP) cubre todos los DME cubiertos por Original Medicare de las marcas y | No hay costo compartido para este beneficio<br>Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare son de $0, todos los meses. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| fabricantes que aparecen 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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP) 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).<br><br>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 9).<br><br>Cubrimos los siguientes suministros y monitores preferidos de monitoreo continuo de glucosa (MCG):<br>• Dexcom G6<br>• Dexcom G7, cuando se utiliza con un receptor Dexcom<br>• Abbott FreeStyle Libre<br>• Freestyle Libre 2<br>• FreeStyle Libre 2 Plus<br>• Freestyle Libre 3<br>• Freestyle Libre 3 Plus, cuando se utiliza con un receptor Freestyle Libre<br>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 demás MCG.<br><br>(1)Es posible que se requiera autorización previa. | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención de emergencia**<br>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:<br>• Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.<br>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.<br>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), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.<br>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.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos atención médica de emergencia en todo el mundo. | No hay costo compartido para este beneficio<br>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 emergencia se ha estabilizado, tiene que recibir su atención para pacientes hospitalizados en el hospital fuera de la red autorizado por nuestro plan. |
| **Programas educativos de salud y bienestar**<br>*El programa Silver&Fit de ejercicios y envejecimiento saludable*<br>*Como miembro de Silver&Fit, tiene las siguientes opciones disponibles para usted sin costo alguno o a un costo reducido para usted:*<br>• *Membresía para centros de acondicionamiento físico: Puede visitar un centro de acondicionamiento físico participante o YMCA cerca de usted que participa en el programa.*<br>• *Club de bienestar*<br>• *Planes de entrenamiento*<br>• *Entrenamientos digitales* | *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.*<br>*Ubicaciones del Nivel 1: $0*<br>*Ubicaciones del Nivel 2: $10*<br>*Ubicaciones del Nivel 3: $20* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| *Para unirse a un centro de acondicionamiento físico Silver&Fit® participante, los miembros deberán registrarse en SilverandFit.com y seguir estos pasos:*<br>*1. Haga clic en la pestaña Fitness Centers (Centros de acondicionamiento físico) para buscar un lugar que satisfaga sus necesidades.*<br>*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.*<br>*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.* | *Ubicaciones del Nivel 4: $30*<br>*Ubicaciones del Nivel 5: $40* |
| **Servicios de audición**<br>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.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>***Prueba de la audición de rutina***<br>*Cubrimos una prueba de la audición de rutina una vez por año cuando la proporciona un proveedor participante.*<br>***Cobertura de audífonos****<br>*Cubrimos el siguiente beneficio complementario que no cubre Medicare:*<br>• *Audífonos: hasta 2 audífonos (uno por oído) cada año*<br>• *Adaptación y evaluación de audífonos: 1 por año, por oído.*<br>*La compra de audífonos incluye:*<br>• *3 visitas de seguimiento durante el primer año desde la fecha de adaptación inicial* | No hay costo compartido para este beneficio<br>*No hay costo compartido para prueba(s) de audición de rutina*<br>*Copago de $0 por la adaptación y la evaluación de audífono (1 cada año, por oído):*<br>*Copago de $0 por audífono (1 por año, por oído) de nuestra selección de* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • *Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de la adaptación*<br>• *Sesenta baterías por año por audífono*<br>  • *Garantía de reparación del fabricante de 3 años*<br>  • *Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono)*<br>*Para consultas sobre audífonos, visite el sitio web bcbsri.nationsbenefits.com/hearing o llame al (866) 304-2138 (TTY: 711)*<br>***Nota: La cobertura de audífonos está disponible solo a través de proveedores participantes de NationsHearing.* | *audífonos cubiertos hasta un máximo de $1,000.*<br><br>*La determinación del nivel al que pertenece un audífono en particular queda a la entera discreción del Plan y de su proveedor de audífonos, y puede cambiar ocasionalmente durante el año del plan.* |
| **Prueba de detección de VIH**<br>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:<br>• Una prueba de detección cada 12 meses.<br>Si está embarazada, cubrimos lo siguiente:<br>• 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)<br>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.<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• 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) | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla<br>• Servicios médicos y sociales<br>• Equipos y suministros médicos.<br>[1]Es posible que se requiera autorización previa | |
| **Tratamiento de infusión en el hogar**<br>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).<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con nuestro plan de atención<br>• La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero<br>• Supervisión remota<br>• Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar. | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención en un hospicio**<br>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.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor.<br>• Atención de alivio a corto plazo.<br>• Atención a domicilio.<br>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.<br><br>**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 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.<br><br>**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 | Cuando se inscribe en un programa de hospicio con certificación de Medicare, Original Medicare pagará los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, en lugar de BlueRI for Duals (HMO D-SNP). |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| 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).<br>• 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.<br>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido en virtud de Original Medicare.<br>**En el caso de los servicios cubiertos por BlueRI for Duals (HMO D-SNP), pero no cubiertos por la Parte A o B de Medicare:** BlueRI for Duals (HMO D-SNP) continuará brindando cobertura para servicios cubiertos por el plan que la Parte A o B no cubran, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios.<br>**Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5.<br>**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. | |
| **Vacunas**<br>Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos incluyen los siguientes:<br>• Vacunas contra la neumonía<br>• Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, | No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias.<br>• 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<br>• Vacunas contra la COVID-19.<br>• Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare<br>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de los beneficios de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información. | |
| **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>***Servicios de apoyo en el hogar (atención de una agencia de atención médica a domicilio no especializada)***<br>*Cubrimos servicios de apoyo en el hogar para ayudarle a realizar actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL) o actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).*<br>*Los servicios de cuidado de salud en el hogar no especializado pueden incluir, entre otros, asistencia para bañarse y vestirse, lavado de ropa, limpieza ligera y preparación de comidas ligera.Tiene un máximo de 20 visitas de una agencia de atención médica a domicilio no especializada con un límite de 2 horas por sesión.*<br>*El plan tiene una red limitada de proveedores de agencias de cuidado de salud en el hogar no especializadas.Esa red no es la misma que la red para la atención especializada de agencias de cuidado de salud en el hogar que se indica arriba.*<br>*No se cubren los servicios de la agencia de atención médica a domicilio no especializada brindados por un proveedor fuera de la red.* | *Copago de $0 por visita* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención hospitalaria para pacientes internados**[(1)]<br>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.<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)<br>• Comidas, incluidas dietas especiales<br>• Servicios de enfermería permanentes<br>• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios)<br>• Medicamentos<br>• Análisis de laboratorio<br>• Radiografías y otros servicios radiológicos<br>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas<br>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje<br>• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados<br>• 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 trasplantes que forman parte de la red se encuentran fuera de los servicios de atención de su comunidad, puede elegir recibir servicios locales | No hay costo compartido por admisión.<br><br>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 |
|---|---|
| siempre y cuando los prestadores de servicios médicos de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si BlueRI for Duals (HMO D-SNP) proporciona servicios de trasplante en un lugar fuera de los servicios de atención para trasplantes de su comunidad y usted elige recibir un trasplante en ese lugar lejano, coordinaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte 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.<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta que se usa (incluso para sangre total, concentrado de glóbulos rojos y todos los demás componentes sanguíneos).<br>• Servicios de médicos<br>**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 externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, debe preguntarle al personal del hospital.<br>• 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.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Está cubierto durante un número ilimitado de días dentro de la red por admisión.<br>[(1)]Es posible que se requiera autorización previa | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico**<br>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.<br>Esto también incluye los servicios para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias brindados en un hospital para pacientes hospitalizados aprobado por CMS.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Está cubierto durante un número ilimitado de días dentro de la red por admisión. | No hay costo compartido por admisión. |
| **Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estancia como paciente internado no cubierta**[(1)]<br>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable ni necesaria, no la cubriremos. 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:<br>• Servicios de médicos<br>• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio)<br>• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos<br>• Vendajes quirúrgicos<br>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones<br>• 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 | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos<br>• 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<br>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional<br>(1)Es posible que se requiera autorización previa | |
| **Terapia de nutrición médica**<br>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.<br>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 el próximo año calendario.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>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 miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)**<br>**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.**<br>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**<br>**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:**<br>• 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<br>• Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria)<br>• Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan.<br>• El medicamento para el Alzheimer, 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 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. | No hay costo compartido para este beneficio. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia<br>• 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. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre<br>• 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<br>• 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<br>• 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. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre.<br>• 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 | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare<br>• 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®<br>• Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos<br>• Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal 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)<br>• Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias.<br>• Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas)<br>También cubrimos vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D.<br>El Capítulo 5 explica nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.<br>Las siguientes categorías de medicamentos de la parte B están sujetas a terapia de pasos:<br>• Agentes antineoplásicos • Factores estimuladores de colonias • Agentes inmunitarios • Intravítreos • Anticuerpos monoclonales • Somatostatinas • Viscosuplementos | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>***Conciliación de la medicación***<br>*Lo cubrimos inmediatamente después del alta de un hospital o de una estancia en un centro de enfermería especializada (SNF). Un prorevisará su régimen de medicación completo q ue est veedor de atención de la salud calificado, en colaboración con su médico, aba 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.* | *No hay costo compartido para este beneficio* |
| **Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida**<br>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**<br>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:<br>• 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)<br>• Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde).<br>• Asesoramiento sobre el consumo de sustancias | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| • Terapia individual y grupal<br>• Pruebas toxicológicas<br>• Actividades de admisión<br>• Evaluaciones periódicas<br>• Servicios intensivos para pacientes externos<br>• Tratamiento con metadona | |
| **Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos**[(1)]<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Radiografías<br>• Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos<br>• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes<br>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones<br>• Análisis de laboratorio.<br>  • 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.<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración.<br>• 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 | No hay costo compartido para este beneficio<br><br>Copago de $0 por una mamografía de diagnóstico |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| atención médica los indica para tratar un problema médico. (Radiología avanzada)<br>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidos electrocardiogramas y ecografías<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos una mamografía de diagnóstico por año calendario<br>(1)Es posible que se requiera autorización previa | |
| **Observación en un hospital para pacientes ambulatorios**<br>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.<br>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.<br>**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.<br>Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare sobre los *Beneficios hospitalarios de Medicare*. Esta hoja informativa está disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1 (877) 486-2048. | |
| **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios** [(1)]<br>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.<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Los servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.<br>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital<br>• 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<br>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital<br>• Suministros médicos como entablillados y yesos<br>• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar<br>**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.<br>**Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos una colonoscopia en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos.<br>[(1)]Es posible que se requiera autorización previa | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Atención de salud mental para pacientes ambulatorios**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico (clinical social worker, CSW), especialista en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS), consejero profesional autorizado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (nurse practitioner, NP), asistente médico (physician assistant, PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitan las leyes estatales aplicables. | No hay costo compartido para este beneficio |
| **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>También puede acceder a servicios en tiempo real con citas virtuales a través de la herramienta de BCBSRI Doctors Online. Inicie sesión en su portal web en mybcbsri.com para programar una cita. | Copago de $0 por servicios prestados mediante telesalud. |
| **Servicios de rehabilitación para pacientes externos**[(1)]<br>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.<br>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).<br>[(1)]Es posible que se requiera autorización previa | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Servicios ambulatorios para el trastorno por el consumo de sustancias**<br>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. | No hay costo compartido para este beneficio |
| **Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios[(1)]**<br>**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.<br>**Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos una colonoscopia en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos.<br>[(1)]Es posible que se requiera autorización previa | No hay costo compartido para este beneficio |
| **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales): *Beneficio de artículos de venta libre (OTC)***<br>*Le proporcionamos un crédito mensual 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.*<br>*Tiene tres formas de adquirir sus artículos OTC:*<br>1. ***En línea:*** *Visite bcbsri.nationsbenefits.com, donde se le pedirá que introduzca su número de tarjeta de 16 dígitos. Seleccione los productos que desee,* | *El plan proporcionará hasta $151 de asignación por mes.*<br>*(Si califica para los beneficios de SSBCI, tiene la opción de gastar esta asignación en alimentos saludables y gastos de servicios públicos. Consulte el beneficio de SSBCI en esta tabla de beneficios para* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| *agréguelos al carrito y pague. Los artículos se le enviarán sin costo alguno.*<br>2. ***Teléfono:*** *866-304-2138*<br>3. ***Visite:*** *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.*<br>*Los beneficios no utilizados no se trasladan al siguiente período de beneficios.* | *obtener detalles completos).* |
| **Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos**<br>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.<br>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.<br>Para los servicios intensivos para pacientes externos prestados en un programa de tratamiento por uso de opioides, consulte el beneficio "Programa de tratamiento de opioides" en este cuadro. | No hay costo compartido para este beneficio por día |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales): *Servicios de recuperación entre pares***<br>*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 por el sistema de atención de la salud de manera efectiva y abordar las barreras para el compromiso y la recuperación. Consulte su directorio de proveedores para encontrar un proveedor participante.* | *No hay costo compartido para este beneficio* |
| **Servicios de médicos generales o de atención primaria, incluidas visitas a consultorios médicos**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• 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<br>• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista<br>• 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.<br>• Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: PCP, salud mental y especialistas seleccionados.<br>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.<br>• 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 | No hay costo compartido para estas visitas |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| 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<br>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación<br>• 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.<br>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental<br>• Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente.<br>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si:**<br>o No es un paciente nuevo **y**<br>o El control no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**<br>o El control no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana<br>• 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**:<br>o No es un paciente nuevo **y**<br>o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días **y**<br>o La evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana<br>• Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico<br>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía | |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>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.<br>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 de BCBSRI Doctors Online disponible a través de su portal. Inicie sesión en mybcbsri.com para programar una cita. | No hay costo compartido para los servicios de telesalud |
| **Servicios de podología**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos)<br>• Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>***Cuidado de rutina de los pies***<br>*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 incluido 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 ambulatorios cuando hay una indicación cubierta.*<br>*Todos los demás servicios están cubiertos en el beneficio de visita al consultorio de atención de los pies de rutina del* | No hay costo compartido para este beneficio<br>*No hay costo compartido para este beneficio* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| *miembro. Este servicio se cubrirá solamente si hay una enfermedad localizada como problemas circulatorios debidos a diabetes, lesión o síntomas que comprometan el pie.* | |
| **Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH**<br>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.<br>Si califica, los servicios cubiertos incluyen:<br>• Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA, incluidos los honorarios por inyectar el medicamento, si corresponde.<br>• 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.<br>• Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses.<br>• 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**<br>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:<br>• Tacto rectal<br>• 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)]<br>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, | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| 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 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.<br><br>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.<br><br>Excluye la cobertura del mantenimiento rutinario de los suministros.<br><br>(1)Es posible que se requiera autorización previa | |
| **Servicios de rehabilitación pulmonar**<br>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. | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol**<br>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes.<br>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. |
| **Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)**<br>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.<br>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.<br>*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 pruebas de detección | 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. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| posteriores de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. | |
| **Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C**<br>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:<br>• Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas.<br>• Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992.<br>• Nació entre 1945 y 1965.<br>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. | No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare. |
| **Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenir las ETS**<br>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.<br>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 | No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico. | |
| **Servicios para tratar enfermedades renales**<br>Los servicios de diálisis y enfermedades renales incluyen:<br>• 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.<br>• 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).<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial).<br>• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).<br>• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.<br>• 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).<br>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**.** | No hay costo compartido para este beneficio |
| **Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)**[(1)]<br>(Para obtener una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los | No hay costo compartido para los días 1 a 100. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).<br><br>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.<br><br>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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP) para encontrar instalaciones de la red.<br><br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario)<br>• Comidas, incluidas dietas especiales<br>• Servicios de enfermería especializada<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla<br>• 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).<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF.<br>• Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF<br>• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF | Usted está cubierto durante 100 días como máximo por cada período de beneficios para servicios de paciente internado en un SNF, de conformidad con las pautas de Medicare.<br><br>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 |
|---|---|
| • Servicios de médicos o profesionales<br>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.<br>• 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)<br>• Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que se retire del hospital.<br>(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)**<br>El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos e internados que cumplen con estos criterios:<br>• Consuma tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco.<br>• Es competente y está alerta durante el asesoramiento.<br>• Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento.<br><br>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).<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>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.<br><br>No hay costo compartido para este beneficio. |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| ***Beneficios complementarios especiales para las personas con una enfermedad crónica***<br>*Las personas elegibles pueden utilizar su asignación de OTC para comprar mensualmente artículos de salud y alimentos aprobados, así como para pagar los gastos de servicios públicos. Los servicios públicos cubiertos para uso en el hogar incluyen electricidad, calefacción, agua y alcantarillado, Internet y servicio telefónico (celular o de línea fija). Para calificar, debe tener al menos una de las afecciones crónicas especificadas: Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias; Trastornos autoinmunitarios; Cáncer; Trastornos cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes mellitus; Enfermedad gastrointestinal crónica; Enfermedad renal crónica (ERC); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; Trastornos pulmonares crónicos; Afecciones crónicas e incapacitantes de salud mental; Trastornos neurológicos, Accidente cerebrovascular; Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico; Atención posterior a un trasplante de órganos; Inmunodeficiencia y trastornos inmunosupresores; Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo; Afecciones con dificultades funcionales y que requieren servicios similares; Afecciones crónicas que afectan la vista, la audición (sordera), el gusto, el tacto y el olfato; Afecciones que requieren servicios de terapia continua para que los individuos mantengan o conserven el funcionamiento.*<br>*El plan proporcionará una tarjeta de beneficios con un crédito mensual que le permitirá comprar alimentos saludables. Las tarjetas perdidas pueden sustituirse llamando a NationsBenefits al 866-304-2138.*<br>*Tiene tres formas de adquirir sus artículos de salud y alimentos:*<br>1. ***En línea:*** *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.* | *Una vez que se lo considere elegible, su asignación de $151 por mes se combina con artículos de venta libre para incluir también compras de alimentos saludables y gastos de servicios públicos.* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| 2. ***Teléfono:*** *866-304-2138*<br>3. ***Visite:*** *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.*<br>*Las facturas de servicios públicos deben pagarse con su tarjeta de beneficios directamente al proveedor del servicio público. Los beneficios no utilizados no se trasladan al siguiente período de beneficios.* | |
| **Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET)**<br>La terapia de ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierta para los miembros que padecen una enfermedad arterial periférica (EAP) sintomática.<br>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.<br>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:<br>• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para EAP en pacientes con claudicación<br>• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico<br>• 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.<br>• 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.<br>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. | |
| **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>***Servicios de transporte***<br>*El plan proporcionará transporte de ida y/o vuelta a sus visitas médicas (a determinados centros para personas mayores y bibliotecas de Rhode Island, a tiendas Your Blue Stores y a farmacias).*<br>*El beneficio consiste en lo siguiente:*<br>• *60 viajes de un tramo por año*<br>• *Cada viaje debe ser de 20 millas o menos. Si el viaje supera las 20 millas, se contará como viaje adicional y se restará de su saldo de viajes*<br>• *Los viajes deben programarse con NationsBenefits por Internet o por teléfono. Los traslados coordinados fuera de NationsBenefits no estarán cubiertos.*<br>*Tiene 2 formas de programar su transporte:*<br>1. *En línea en: bcbsri.nationsbenefits.com*<br>2. *Por teléfono, llamando al 866-304-2138 (TTY: 711)* | *No hay costo compartido por viaje*<br>*Tiene 60 viajes de un tramo por año* |
| **Servicios urgentemente necesarios**<br>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. | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| 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 el plan o por la forma en que el proveedor está autorizado y/u opera.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**<br>Cubrimos servicios de urgencia necesarios en todo el mundo.<br>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 de BCBSRI Doctors Online disponible a través de su portal. Inicie sesión en mybcbsri.com para programar una cita. | Copago de $0<br>Copago de $0 por la herramienta Drs Online |
| **Atención de la visión**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• 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.<br>• 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.<br>• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.<br>• 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.<br>**Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** | No hay costo compartido para este beneficio |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| ***Examen de la vista de rutina***<br>*Cubrimos un examen de la vista de rutina que evalúa la calidad de la visión y la salud general de los ojos 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.* | *No hay costo compartido para este beneficio* |
| ***Artículos para la visión***<br>*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.*<br>*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 artículos de óptica y desea realizar compras adicionales, debe usar la misma red de proveedores de servicios ópticos.* | *Asignación de $200 por año* |

| Servicio cubierto | Lo que usted paga |
|---|---|
| **Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare"**<br>Nuestro plan cubre la consulta preventiva de *"Bienvenida a Medicare"* por única vez. La consulta consiste en una evaluación de su salud, además de educación y orientación sobre los servicios preventivos que usted necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y inyecciones (o vacunas)) y derivaciones para otros tipos de atención, si es necesario.<br>**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 cubiertos fuera de BlueRI for Duals (HMO D-SNP)

Medicaid puede cubrir servicios adicionales que no cubre el plan. Estos servicios incluyen programas diurnos para adultos, medicamentos sin receta y servicios domiciliarios y comunitarios. Para obtener más información sobre estos servicios, visite: www.eohhs.ri.gov/consumer/programs-services o llame a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island al 1-401-462-5274; los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 4:00 p.m., hora del este.

## SECCIÓN 4 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección se indica qué servicios están excluidos.

La tabla que se presenta a continuación describe algunos servicios y artículos que el plan no cubre bajo ninguna circunstancia o que nuestro plan solo cubre en circunstancias específicas.

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 nuestro 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 6.3 del Capítulo 9).

| 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.<br><br>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**<br>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 |
| **Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales**<br><br>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.<br><br>(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 no cubiertos por Medicare | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|---|---|
| **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. |
| **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. |

| Servicios no cubiertos por Medicare | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|---|---|
| **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 usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos si está recibiendo Ayuda adicional para los costos de sus medicamentos de la Parte D?

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos y están recibiendo la Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si está en el programa Ayuda adicional, es posible que parte de la información incluida en esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a usted. Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional de LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional de LIS*. (Los números de teléfono de nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals se encuentran en la contraportada de este documento).

## SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados de hospicio.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de Rhode Island Medicaid, comuníquese con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island al (401) 462-5274. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos siempre y cuando siga estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para obtener los medicamentos con receta (consulte la Sección 2) o puede obtenerlos a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Consulte la Sección 4 para obtener más información).

## SECCIÓN 2 Obtener sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan

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

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos con receta. El término "medicamentos cubiertos" significa todos los medicamentos de la Parte D de la Lista de medicamentos de nuestro plan.

### Sección 2.1 Farmacias de la red

**Encontrar una farmacia de la red en su área**

Para encontrar una farmacia de la red, visite su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (bcbsri.com/medicare/planmaterials) o llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de pedido por correo de la red proporcionan costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos en una farmacia de pedido por correo de la red que ofrece costos compartidos estándares. El *Directorio de farmacias* le indicará cuáles farmacias de pedido por correo de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Para obtener más información sobre qué costos que paga de su bolsillo podrían ser distintos para diferentes medicamentos, comuníquese con nosotros.

### Si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o use el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en bcbsri.com/medicare/planmaterials.

### Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen lo siguiente:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención de largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, los centros de LTC (como un hogar de ancianos) tienen su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población india estadounidense urbana o tribal, del Servicio de Salud para la Población India Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, visite su *Directorio de farmacias* bcbsri.com/medicare/planmaterials o llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

## Sección 2.2 El servicio de pedido por correo de nuestro plan

Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite pedir un **suministro de hasta 100 días para los medicamentos de los niveles 1 a 4 y un suministro de hasta 30 días para los medicamentos del nivel 5 (nivel de especialidad).**

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals o visite bcbsri.com/medicare/planmaterials

En general, un pedido por correo a la farmacia le llegará a más tardar en 3 a 10 días calendario, sin tener en cuenta los domingos ni los días feriados. Si existe una demora en el pedido por correo y usted corre el riesgo de que se interrumpa la terapia, su Plan permite anular la demora por correo. Llámenos para obtener una aprobación de anulación. Una vez recibida la aprobación, podemos transferir su receta a la farmacia de su elección o hacer que el proveedor que emite la receta solicite por teléfono un suministro más corto a la farmacia indicada.

**Nuevas recetas que Amazon Pharmacy recibe directamente del consultorio de su médico.**

Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que usted responda cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

**Nuevas recetas que Walgreens Mail Service o Express Scripts Pharmacy reciben directamente del consultorio de su médico.**

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado.
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede comunicarse con su farmacia de pedido por correo para solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento.

Si obtiene un medicamento con receta que no desea automáticamente por correo y no se comunicaron con usted para saber si lo quería antes de enviarlo, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con su farmacia de pedido por correo.

Si usted nunca utilizó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante responder cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o cancelar.

Para cancelar las entregas automáticas de recetas nuevas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de atención médica, inicie sesión en su cuenta en el sitio web de la farmacia o llame directamente a la farmacia.

**Resurtidos de medicamentos con receta a través del pedido por correo de Walgreens Mail Service, Amazon Pharmacy o Express Scripts Pharmacy.** Para el resurtido de medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero aún desea que la farmacia de envío por correo le envíe su medicamento con receta, comuníquese con su farmacia 10 días hábiles antes de que se agote su medicamento con receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para cancelar su suscripción a nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals o llame directamente a la farmacia.

Si recibe un resurtido que no desea automáticamente por correo, puede ser elegible para un reembolso.

## Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 maneras de recibir un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de mantenimiento que aparecen en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permiten recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *Directorio de farmacias* bcbsri.com/medicare/planmaterials le informa qué farmacias de la red pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede obtener medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de envío por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

## Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* cuando usted no puede usar una farmacia de la red. También tenemos farmacias de nuestra red fuera del área de servicio donde puede obtener sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Verifique primero con nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)** para ver si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red solo en estas circunstancias:

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

- La receta es para una emergencia médica o atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad porque no hay farmacias de la red de 24 horas a una distancia de conducción razonable.
- La receta es para un medicamento que está fuera de inventario en un farmacia accesible de comercio minorista de la red o de servicio de correo (incluyendo medicamentos de alto costo y únicos).
- Usted está limitado a un suministro de 30 días (31 días para un cuidado a largo plazo) de medicamentos cuando se despacha en una farmacia fuera de la red.

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

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la llamamos Lista de medicamentos.**

Nuestro plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con receta están cubiertos por sus beneficios de Medicaid.

Por lo general, cubriremos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan, siempre y cuando siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que cumpla con *una de estas condiciones*:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para los que se recetó.
- O bien, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

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

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar incluidos en la Lista de medicamentos.

**Medicamentos de venta libre**

Nuestro plan también cubre ciertos medicamentos de venta libre. Algunos medicamentos de venta libre son menos costosos que los medicamentos con receta y son igual de eficaces. Para obtener más información, 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).

**Medicamentos que no se encuentran en la Lista de medicamentos**

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de medicamentos.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.)
- Los medicamentos cubiertos por Medicaid no están incluidos. Para obtener más información sobre la cobertura de farmacia para medicamentos de Rhode Island Medicaid, comuníquese con la Oficina Ejecutiva de Servicios Humanos de Rhode Island al 1-401-462-5274. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes.

## Sección 3.2 Hay cinco (5) niveles de costos compartidos para los medicamentos de la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos del plan se encuentran en uno de los cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto es el nivel, mayor es el costo que pagará por el medicamento:

- El **Nivel 1** es el nivel genérico preferido que incluye los medicamentos genéricos (nivel más bajo).
- El **Nivel 2** es el nivel genérico que incluye los medicamentos genéricos.
- El **Nivel 3** es el nivel de marca preferida que incluye medicamentos de marca y algunos genéricos.
- El **Nivel 4** es el nivel de medicamentos no preferidos que incluye medicamentos de marca y algunos genéricos.
- El **Nivel 5** es el nivel de especialidad que incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo (nivel más alto).

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. La cantidad que usted paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

## Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para saber si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
- Visite el sitio web de nuestro plan (bcbsri.com/medicare/planmaterials). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber si un medicamento particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.
- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.myprime.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos y obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a nuestro Equipo de Asistencia al

Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

## SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

### Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funcionará médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlo a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

### Sección 4.2 Tipos de restricciones

**Si existe alguna restricción para su medicamento, por lo general, significa que usted o su proveedor tiene que seguir pasos adicionales para que podamos cubrirlo.** Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene que usar el proceso de decisión de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

#### Obtención de la aprobación por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización del plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **“autorización previa”**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta

autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web bcbsri.com/medicare/planmaterials.

**Prueba de un medicamento diferente primero**

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) o en nuestro sitio web bcbsri.com/medicare/planmaterials.

**Límites de cantidad**

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad del medicamento que usted puede obtener por receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

## SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea

Existen situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debe tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costos compartidos que hace más costoso su costo compartido de lo que le parece justo.

**Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que lo hace más costoso de lo que cree justo, lea la Sección 5.1 para saber qué hacer.**

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

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

**Puede obtener un suministro temporal**

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

A fin de ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan** O **ahora está restringido de alguna manera**.

- **Si usted es un nuevo miembro,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos de la receta para brindarle un suministro máximo del medicamento de 30 días. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es por menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.
- Es posible que, debido a cambios, usted pase de un Nivel de atención a otro. Durante este cambio de nivel de atención, se pueden recetar medicamentos que no estén cubiertos por su plan. Si esto ocurre, usted y su médico deben utilizar el proceso de solicitud de determinación de cobertura de su plan. Para prevenir una interrupción en

el servicio cuando le den de alta, puede obtener un suministro para paciente externo completo que le permitirá continuar con la terapia una vez que se agote el suministro limitado. Este suministro para pacientes externos está disponible antes del alta hospitalaria de una estancia cubierta en virtud de la Parte A de Medicare. Cuando sea admitido a un entorno de atención a largo plazo, o dado de alta de él, es posible que no tenga acceso a los medicamentos que le administraban anteriormente. Sin embargo, puede obtener un reabastecimiento en el momento de la admisión o el alta.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

**En el período durante el cual use el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:**

**Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento**

Hable con su proveedor para ver si un medicamento diferente cubierto por nuestro plan podría funcionar igual de bien para usted. Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

**Opción 2. Puede solicitar una excepción**

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

Si es actualmente un miembro y el medicamento que toma se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta dentro de las 72 horas posteriores a recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte la Sección 7.4 del Capítulo 9 para saber qué hacer.** También menciona los procedimientos y fechas límite establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

## Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, puede hacer lo siguiente:

### Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera muy alto, hable con su proveedor. Podría haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

### Puede solicitar una excepción

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

**Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 7.4 para saber qué hacer.** También menciona los procedimientos y fechas límite establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje en forma inmediata y justa.

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

## SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

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

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

**Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos**

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. En ocasiones, si se realizan cambios en un medicamento que usted toma, recibirá un aviso directo.

**Cambios en la cobertura de farmacia que lo afectan durante este año del plan**

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o hacer cambios <u>inmediatos</u> a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
    - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

- Podemos realizar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si toma el medicamento que quitamos o sobre el que realizamos cambios. Si toma el medicamento similar en el momento en el que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hagamos.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
  - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Quitar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de que realicemos el cambio.
- **Otros cambios en medicamentos de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, nos basamos en el recuadro de advertencias de la FDA o en nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando.

Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

**Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante este año del plan**

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1.º de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que toma (excepto para un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico, u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso o lo que paga como su parte del costo compartido hasta el 1.º de enero del próximo año.

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

## SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9). Si el medicamento está excluido, debe pagarlo usted mismo.

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.

- Nuestro plan no cubre un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir un uso *no aprobado* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del servicio de listas de medicamentos aprobados de hospitales de los Estados Unidos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el Sistema de información DRUGDEX de Micromedex. El uso *no aprobado* es cualquier uso distinto de los que se indican en la etiqueta de un medicamento, según lo aprobado por la FDA.

Además, por ley, las categorías de medicamentos que se muestran a continuación no están cubiertas por Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos por su cobertura de farmacia de Rhode Island Medicaid. Para obtener más información sobre la cobertura de farmacia de Rhode Island Medicaid, comuníquese con la Oficina Ejecutiva de Servicios Humanos de Rhode Island al 1-401-462-5274. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes.

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

**Si recibe Ayuda adicional** para pagar sus medicamentos con receta, esta no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene una cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura de medicamentos disponible para usted. (Encuentre los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

## SECCIÓN 8 Cómo obtener su medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de miembro de nuestro plan (que puede encontrarse en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará a nuestro plan la parte que nos corresponde de los costos de su medicamento. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando retire su medicamento con receta.

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

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo completo del medicamento con receta cuando la retire**. A continuación, puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan.

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

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

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

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

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

Para averiguar si la farmacia de su centro de atención a largo plazo o la farmacia que usa forman parte de nuestra red, consulte el *Directorio de farmacias* bcbsri.com/medicare/planmaterials. Si no es así, o si necesita más información o ayuda,

llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si usted está en un centro de atención a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de atención a largo plazo.

Si reside en un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

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

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

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

**Nota especial sobre cobertura acreditable:**

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

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que nuestro plan incluye una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos estándar de Medicare.

**Conserve cualquier aviso sobre cobertura acreditable** porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

## Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan

que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pida a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finaliza un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

## SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

Realizamos revisiones del uso de medicamentos para garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

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

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

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

### Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que son mal usados con frecuencia. Este

programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con personas que están autorizados a darle las recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de parte de determinada persona autorizada a dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si planeamos limitar cómo obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se le colocará en nuestro DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, centro de cuidados de hospicio o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

## Sección 10.2 Programas de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar los medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para que podamos asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudarles a usar los opioides de manera segura pueden obtener servicios a través de un Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM). Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

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

En este capítulo usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare o por Medicaid.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.myprime.com), el costo que ve muestra una estimación de los costos de desembolso directo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada en la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

La mayoría de nuestros miembros reúnen los requisitos y están recibiendo la Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta. Si recibe la Ayuda adicional, **parte de la información de esta** *Evidencia de cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse a su caso.** Le enviamos un folleto por separado, denominado *Cláusula adicional de Evidencia de cobertura para personas que reciben Ayuda adicional para pagar medicamentos con receta* (también denominado *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos* o *Cláusula adicional de LIS*), que le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional de LIS*.

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

Existen 3 tipos diferentes de costos de desembolso directo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

- El **deducible** es el monto que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar nuestra parte.
- El **copago** es el monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es el porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta.

## Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus costos de desembolso directo

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta para sus costos de desembolso directo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus costos de desembolso directo.

### Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos de desembolso directo

Sus costos de desembolso directo **incluyen** los pagos enumerados a continuación (mientras sean para medicamentos cubiertos de la Parte D y siga las normas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial.
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Todos los pagos que hagan sus familiares o amigos por sus medicamentos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos a través de Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud de un empleador o sindicato, el Servicio de Salud Indígena, los Programas de asistencia de medicamentos para el sida, los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) y la mayoría de las organizaciones benéficas por sus medicamentos.

**Transición a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**

Cuando usted (o quienes paguen en su nombre) hayan gastado un total de $2,400 de costos de desembolso directo dentro del año calendario, pasa de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

---

### Los pagos no están incluidos en los costos de desembolso directo

Sus costos de desembolso directo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Prima mensual del plan
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare.
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos de sus medicamentos hechos por ciertos planes de seguros y programas de salud financiados por el Gobierno, como TRICARE y Administración de Salud de Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos realizados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante

*Recordatorio:* Si cualquier otra organización como las mencionadas anteriormente paga parte o la totalidad de sus costos de desembolso directo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

---

### Seguimiento de los costos de desembolso directo

- La *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que recibe incluye el total actual de sus costos de desembolso directo. Cuando este monto

alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que salió de la etapa de cobertura inicial y pasó a la etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber qué puede hacer para ayudar a garantizar que nuestros registros de sus gastos estén completos y actualizados.

## SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de BlueRI for Duals (HMO D-SNP)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en el plan BlueRI for Duals (HMO D-SNP). La cantidad que usted paga por cada receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o renueve una receta. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

- **Etapa 1: Etapa de deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

## SECCIÓN 3 Su Explicación de beneficios de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

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

- **Costos de desembolso directo:** este es el monto que pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por su familia o amigos y cualquier pago realizado por sus medicamentos por Ayuda adicional de Medicare, los planes de salud de un sindicato o empleador, Servicio de salud para la población india estadounidense, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos**: es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que surtió el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.
- **Totales para el año desde el 1.° de enero.** Esto muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre el precio del medicamento**. Esto mostrará el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos de menor costo disponibles.** Esto muestra información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde

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

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

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

- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hacen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en sus costos de desembolso directo. Por ejemplo, para sus costos de desembolso directo, se tienen en cuenta los pagos realizados por el Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica de Rhode Island, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de salud para la población india estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
    - **Consulte el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene preguntas, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede administrar esta información en línea iniciando sesión en su portal en mybcbsri.com, haciendo clic en **Ir a Myprime.com** y, en su cuenta, haciendo clic en **Explicación de beneficios**. Asegúrese de conservar estos informes.

## SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

Debido a que la mayoría de nuestros miembros recibe Ayuda adicional para pagar los costos de los medicamentos con receta, la Etapa del deducible no se aplica a la mayoría de ellos. Si usted recibe Ayuda adicional, esta etapa de pago no se aplica en su caso.

Consulte el inserto aparte (la *Cláusula adicional de LIS*) para obtener información sobre el monto del deducible.

Si no recibe Ayuda adicional, la etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Mientras está en esta etapa de pago, **usted debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan, que es de $700 para 2027. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos, y las vacunas de viaje. Usted pagará un deducible anual de $700 por medicamentos de los Niveles 3 a 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos** de los Niveles 3 a 5, hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. En general, el **costo total** es menor que el precio total normal del medicamento, porque nuestro plan negoció costos menores para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio máximo razonable más las tarifas de despacho para los medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que pague los $700 por sus medicamentos de los Niveles 3 a 5, dejará la etapa del deducible y pasará a la etapa de cobertura inicial.

## SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

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

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

**El plan tiene cinco (5) niveles de costos compartidos**

Todos los medicamentos de la Lista de Medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 5 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- El **Nivel 1 de costos compartidos** es el nivel genérico preferido que incluye los medicamentos genéricos (nivel más bajo).
- El **Nivel 2 de costos compartidos** es el nivel genérico que incluye los medicamentos genéricos.
- El **Nivel 3 de costos compartidos** es el nivel de marca preferida que incluye medicamentos de marca y algunos genéricos. Usted paga $35 o el 25 %, el monto que sea menor, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- El **Nivel 4 de costos compartidos** es el nivel de marca no preferida que incluye medicamentos de marca y algunos genéricos. Usted paga $35 o el 25 %, el monto que sea menor, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- El **Nivel 5 de costo compartido** es el nivel de especialidad que incluye medicamentos genéricos y de marca de alto costo (nivel más alto). Usted paga $35 o el 25 %, el monto que sea menor, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

**Sus opciones de farmacias**

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo surtir sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan bcbsri.com/medicare/planmaterials.

## Sección 5.2 Sus costos para un suministro de un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

**Sus costos por un suministro para un mes de un medicamento cubierto de la Parte D:**

| Nivel | Costo compartido dentro de la red de farmacia minorista estándar (hasta 30 días de suministro) | Costo compartido de la atención de largo plazo (LTC) (hasta 31 días de suministro) | Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días de suministro) |
|---|---|---|---|
| **Nivel 1 de costos compartidos** (Medicamentos genéricos preferidos) | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $0 |

| Nivel | Costo compartido dentro de la red de farmacia minorista estándar (hasta 30 días de suministro) | Costo compartido de la atención de largo plazo (LTC) (hasta 31 días de suministro) | Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días de suministro) |
|---|---|---|---|
| **Nivel 2 de costos compartidos** (Medicamentos genéricos) | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Nivel 3 de costos compartidos** (Medicamentos de marca preferidos) | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* |
| **Nivel 4 de costos compartidos** (Medicamentos no preferidos) | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* |
| **Nivel 5 de costos compartidos** (Medicamentos de especialidad) | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* |

*Esto se basa en no tener subsidios por bajos ingresos (LIS), también conocidos como Ayuda adicional. Si no califica, consulte el cuadro en la página siguiente para averiguar el monto que paga.

No pagará más de $35 o 25 %, el monto que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

| Nivel | Costo compartido dentro de la red de farmacia minorista estándar (hasta 30 días de suministro) | Costo compartido de la atención de largo plazo (LTC) (hasta 31 días de suministro) | Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta 30 días de suministro) |
|---|---|---|---|
| **Nivel 1 de costos compartidos** (Medicamentos genéricos preferidos) | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Nivel 2 de costos compartidos** (Medicamentos genéricos) | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Nivel 3 de costos compartidos** (Medicamentos de marca preferidos) | 25 % del costo total^ | 25 % del costo total^ | 25 % del costo total^ |
| **Nivel 4 de costos compartidos** (Medicamentos no preferidos) | 29 % del costo total^ | 29 % del costo total^ | 29 % del costo total^ |
| **Nivel 5 de costos compartidos** (Medicamentos de especialidad) | 25 % del costo total^ | 25 % del costo total^ | 25 % del costo total^ |

^Esto se basa en **no** tener subsidios por bajos ingresos (LIS), también conocidos como Ayuda adicional. Si califica, consulte el cuadro anterior en la página 249 para averiguar el monto que paga.

No pagará más de $35 o 25 %, el monto que sea menor, por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

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

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

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

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

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

## Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

### Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D:

| Nivel | Costo compartido de farmacia minorista estándar (dentro de la red) (Hasta 100 días de suministro) | Costo compartido de pedido por correo preferido (dentro de la red) (Hasta 100 días de suministro) | Costo compartido de pedido por correo estándar (Hasta 100 días de suministro) |
|---|---|---|---|
| **Nivel 1 de costos compartidos** (Medicamentos genéricos preferidos) | Copago de $0 | Copago de $0 | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* |
| **Nivel 2 de costos compartidos** (Medicamentos genéricos) | Copago de $0 | Copago de $0 | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* |
| **Nivel 3 de costos compartidos** (Medicamentos de marca preferidos) | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* |
| **Nivel 4 de costos compartidos** (Medicamentos no preferidos) | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* | $0 a $14.40 para medicamentos genéricos y de marca* |
| **Nivel 5 de costos compartidos** (Medicamentos de especialidad) | N/C | N/C | N/C |

*Esto se basa en no tener subsidios por bajos ingresos (LIS), también conocidos como Ayuda adicional. Si no califica, consulte el cuadro en la página siguiente para averiguar el monto que paga.

No pagará más de $70 o 25 % de coseguro por un suministro para hasta 2 meses ni pagará más de $105 o 25 % de coseguro por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

| Nivel | Costo compartido de farmacia minorista estándar (dentro de la red) (Hasta 100 días de suministro) | Costo compartido de pedido por correo preferido (dentro de la red) (Hasta 100 días de suministro) | Costo compartido de pedido por correo estándar (Hasta 100 días de suministro) |
|---|---|---|---|
| **Nivel 1 de costos compartidos** (Medicamentos genéricos preferidos) | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $24 |
| **Nivel 2 de costos compartidos** (Medicamentos genéricos) | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $48 |
| **Nivel 3 de costos compartidos** (Medicamentos de marca preferidos) | 25 % del costo total^ | 25 % del costo total^ | 25 % del costo total^ |
| **Nivel 4 de costos compartidos** (Medicamentos no preferidos) | 29 % del costo total^ | 29 % del costo total^ | 29 % del costo total^ |
| **Nivel 5 de costos compartidos** (Medicamentos de especialidad) | N/C | N/C | N/C |

No pagará más de $70 o 25 % de coseguro por un suministro para hasta 2 meses ni pagará más de $105 o 25 % de coseguro por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

### Sección 5.5 Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo para el año alcancen los $2,400

Se mantiene en la etapa de cobertura inicial hasta que sus costos de desembolso directo alcancen los $2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

^Esto se basa en **no** tener subsidios por bajos ingresos (LIS), también conocidos como Ayuda adicional. Si califica, consulte el cuadro anterior en la página 253 para averiguar el monto que paga.

La EOB de la Parte D que recibió le ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de desembolso directo de $2,400 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para obtener más información sobre cómo Medicare calcula sus costos de desembolso directo.

## SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus costos de desembolso directo alcanzan el límite de $2,400 para el año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

**Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas**: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

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

- La primera parte es por el costo de **la vacuna en sí misma.**
- La segunda parte es el costo de su **aplicación de la vacuna**. (A veces se le denomina colocación de la vacuna).

Sus costos de la vacuna de la Parte D dependen de 3 elementos:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (Advisory Committee or Immunization Practices, ACIP).**

    - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP), y no le cuestan nada.

**2. Dónde obtiene la vacuna.**

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

**3. Quién le administra la vacuna.**

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

Lo que paga cuando recibe la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago de medicamentos** se encuentre.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, paga solo su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación, se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* La vacuna de la Parte D se le administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados, no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia el *coseguro O copago* por la vacuna en sí, que incluye el costo de la administración de la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.

- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que haya pagado menos cualquier coseguro *O* copago por la vacuna (incluida la administración)

*Situación 3:* Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le se le administró la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia el *coseguro O copago* por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que figuran en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el importe que haya pagado menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

# CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Nuestros proveedores de la red le facturan a nuestro plan directamente por sus medicamentos y servicios cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, envíenos esta factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y decidiremos si debemos cubrir los servicios y los medicamentos. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos al proveedor directamente.

**Si ya pagó los servicios o artículos de Medicare cubiertos por nuestro plan**, puede pedirle a nuestro plan que le reintegre el pago (reintegrarle el pago a menudo se denomina **reembolsar**). 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 o medicamentos que están cubiertos por el plan. Puede haber fechas límite que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo. Cuando nos envíe una factura que ya ha pagado, revisaremos la factura y decidiremos si los servicios o medicamentos deben estar cubiertos. Si decidimos que debemos cubrirlos, le rembolsaremos los costos de los servicios o medicamentos.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte del costo compartido. Primero, intente resolver el 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.**

- Usted 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, pídale al proveedor que le facture a nuestro plan.
- 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 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 a nuestro plan directamente. Sin embargo, algunas veces cometen errores y le solicitan que pague por sus servicios.

- No permitimos que los proveedores le facturen los servicios cubiertos. Les pagamos directamente a nuestros proveedores y lo protegemos a usted de cualquier cargo. Esto es así incluso si le pagamos al proveedor un monto inferior al que cobra por un servicio.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeudaba de acuerdo con 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 inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

### 4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para obtener un medicamento con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

### 5. Cuando paga el costo completo de un medicamento con receta porque no tiene con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan

Si usted no lleva con usted su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o busque la información de inscripción. Si la farmacia no puede obtener la información sobre la inscripción que necesita de inmediato, es posible que deba pagar usted mismo el costo total del medicamento con receta.

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

### 6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan o podría tener un requisito o restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si usted decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar su costo total.

- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, puede ser necesario obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es superior al precio negociado por el medicamento con receta.

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 9 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 presentarnos su reclamo de medicamentos y/o servicios de la Parte B del seguro médico en un plazo de 12 meses, y su reclamo de medicamentos con receta de la Parte D en un plazo de 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, usted puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene que utilizar el formulario, pero nos será útil para procesar la información de manera más rápida. Asegúrese de incluir lo siguiente para cada medicamento:
  - Nombre y apellido
  - Fecha de nacimiento
  - Número de identificación de miembro
  - Dirección, ciudad, estado, código postal
  - Nombre de la farmacia/clínica/hospital
    - N.° de teléfono
    - Identificación fiscal federal
    - Dirección, ciudad, estado, código postal
  - Receta (número de Rx) que se encuentra en las etiquetas del medicamento
  - Fecha de surtido
  - Cantidad
  - Suministro para X días

- Nombre del producto/medicamento
- Código nacional de medicamentos (NDC) del/de los medicamento(s) que recibió. Cada medicamento tiene un número de NDC
- Nombre, dirección o número de teléfono de su proveedor, o número identificador de proveedor nacional (NPI) de 10 dígitos asignado a su proveedor
- Costo total del medicamento/producto
- Cantidad que usted paga

Se requieren recibos o facturas de farmacia originales. No aceptado: cheques o recibos cancelados que solo muestran el monto pagado.

Los recibos deben mostrar lo siguiente:
- Nombre de la farmacia/clínica/hospital.
- Nombre del producto/medicamento
- Cantidad
- Número de NDC
- Número identificador de proveedor nacional (NPI)
- Concentración
- Fecha de compra
- Costo del producto/medicamento
- Suministro para X días

Para los medicamentos compuestos, debe proporcionar la información anterior para cada ingrediente activo e inactivo dentro del compuesto. También debe incluir la tarifa de formulación (si corresponde). Este es el monto que le cobró su farmacia para elaborar el compuesto. Es preferible que se utilice el formulario de reclamación universal que el farmacéutico que elaboró el compuesto puede imprimir para cada compuesto. El formulario de reclamación universal tiene toda la información necesaria para procesar la reclamación.

Para reclamaciones de hospital, también debe proporcionar la siguiente información:
- Código nacional de medicamentos (NDC) del/de los medicamento(s) que recibió. Cada medicamento tiene un número de NDC.
- Nombre, dirección o número de teléfono de su proveedor, o número identificador de proveedor nacional (NPI) de 10 dígitos asignado a su proveedor
- Verificación de que fue tratado como paciente ambulatorio, atendido en la sala de emergencias o bajo observación en el hospital
- Dirección del hospital
- Cantidad total de días que estuvo en el hospital
- Fecha en que se surtieron los medicamentos
- Cantidad del/de los medicamento(s) recibido(s)
- Costo total de los medicamentos

- Autoadministrado (sí o no)
- Cualquier descuento que el proveedor pueda haber aplicado a su factura
- Si el/los medicamento(s) se autoadministraron

Si necesita ayuda para encontrar la información, consulte a su farmacéutico. Si tiene otro seguro, incluya copias de su otra tarjeta de seguro médico, así como una Explicación de beneficios que muestre el monto pagado o el motivo por el que se denegó la cobertura. Incluya el motivo por el que envía la(s) reclamación(es) o por el cual se utilizó una farmacia fuera de la red.

- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web (bcbsri.com/Medicare) o 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.

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 medicamentos con receta de la Parte D y reembolsos 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 o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo del servicio o medicamento. Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si pagó el costo total

de un medicamento, es posible que no se le reembolse el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o usted *no* cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo de la atención o el medicamento. 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 9.

# CAPÍTULO 8:
# 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 inglés, que incluyen español, y en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo con nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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. 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 proporcionarle información en otros idiomas además del inglés, que incluyen español, y en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información útil para usted, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (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 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 disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario. 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 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor en la red de nuestro plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos. No le pedimos que obtenga una remisión para ir a proveedores de la red.

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

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

## 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 proporcionamos un aviso por escrito, llamado *Aviso de práctica de privacidad*, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su 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.
    - Como es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindar a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

Como miembro de BlueRI for Duals (HMO D-SNP), 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711):

- **Información acerca de nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro plan.
- **Información sobre los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les 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. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

## Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer acerca de 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. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. 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. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted

acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

**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. Visite bcbsri.com/medicare/planmaterials
- **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 un documento de voluntades anticipadas y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones allí establecidas, puede presentar una queja ante:

Rhode Island Department of Health
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 9 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 llamar 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 Asistencia al Miembro de BlueRI de nuestro plan al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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).
- **Llame a Rhode Island Medicaid** al 1-(855)-697-4347 (1-855-MY-RIDHS)
- **Llame al Programa estatal del Ombudsman de Rhode Island** al (855) 747-3224

### Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las reglas que debe cumplir para obtener estos servicios.** Use esta *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.
    - Los Capítulos 5 y 6 dan más detalles sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura médica o cobertura de medicamentos además de nuestro plan, 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 membresía del plan y su tarjeta de Medicaid cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.

- **Ayude a que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarle 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 seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de sus medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el medicamento.
- **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 9:
# 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 los procesos para abordar problemas e inquietudes. El proceso que usted utiliza para abordar sus problemas depende de 2 factores:

1. Si su problema trata sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si desea obtener ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, o ambos, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

2. El tipo de problema que tenga:
   - 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden

llamar al 711) para obtener 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 ayudar:

**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. Consulte la Sección 3 del Capítulo 2 para obtener información de contacto.

**Medicare**

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda:

- Llame al 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-(877)-486-2048.
- Visite Medicare.gov.

**Puede obtener ayuda e información de Medicaid**

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, también puede ponerse en contacto con la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos, la agencia estatal de Medicaid en Rhode Island. A continuación, se incluyen dos maneras de obtener información directamente de Medicaid:

- Puede llamar a la EOHHS al (401) 462-5274. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de 8:30 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes.

Puede visitar el sitio web de EOHHS (Medicaid) (https://eohhs.ri.gov/)

## SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

Como usted tiene Medicare y recibe ayuda de Medicaid, puede utilizar diferentes procesos para abordar su problema o queja. El proceso que se utilizará depende de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, utilice el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, debe utilizar el proceso de Medicaid. Si desea obtener ayuda para decidir si debe utilizar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, utilice la siguiente tabla.

**¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?**

Mi problema está relacionado con los beneficios de **Medicare**.

Consulte la **Sección 4, Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

Mi problema está relacionado con la cobertura de **Medicaid**.

Consulte la **Sección 12**, **Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare.**

## SECCIÓN 4 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

**¿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 5, Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

**No.**

Consulte la **Sección 11, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

# Decisiones de cobertura y apelaciones

## SECCIÓN 5 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 pueden contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o si nos negaremos 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.
- Consulte la **Sección 6.4** para obtener más información acerca de las apelaciones de atención médica del Nivel 2.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan en la Sección 7.

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 5.1 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

- **Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals 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, 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.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 5.2 Normas y fechas límite para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y fechas límite. Proporcionamos detalles sobre cada una de estas situaciones:

- **Sección 6:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Medicamentos de la Parte D:Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 8:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 9:** Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto (*Solo se aplica a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en centro de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF]).

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

## SECCIÓN 6 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

### Sección 6.1 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 nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.2.**
3. Obtuvo atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presenta una apelación. Sección 6.3.**
4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 6.5.**
5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presenta una apelación. Sección 6.3.**

**Nota**:**Si la cobertura que se interrumpirá es por servicios de atención médica en un hospital, atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, consulte las Secciones 8 y 9. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

### Sección 6.2 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 artículos y servicios 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. Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si la fecha límite estándar pudiera causar un daño grave a su salud o dañar 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 11 de este capítulo 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 tomarnos hasta 14 días calendario adicionales**. 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 11 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 6.3 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 6.2 de este capítulo.

**Paso 2: Solicitar 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. Las solicitudes de revisión estándar de medicamentos de la Parte B no pueden aceptarse verbalmente; deben presentarse por escrito.** 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 revisamos 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 6.4 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 rechazamos una parte o la totalidad 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 11 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 6.4 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 6.4 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 de revisión independiente rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que están de acuerdo con nuestro plan 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 que está solicitando 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 continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 10 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## Sección 6.5 Si nos pide que le reembolsemos nuestra parte una factura que ha recibido por concepto de atención médica

**No podemos reembolsarle directamente un servicio o artículo de Medicaid.** Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No pague la factura.** Nos comunicaremos con el proveedor directamente y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede obtener un reembolso de ese proveedor de atención médica si cumplió las normas para obtener el servicio o artículo.

**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 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 6.3.** 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 7 Medicamentos de la Parte D:Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

### Sección 7.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección es sobre sus medicamentos de la Parte D únicamente.** Para simplificar, en general, usamos el término *"medicamento"* en el resto de esta sección, en lugar de repetir *"medicamento con receta cubierto para pacientes externos"* o *"medicamento de la Parte D"*. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

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

**Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D**

**Término legal:**

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D es una **"determinación de cobertura".**

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

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicite una excepción. Sección 7.2**

- Solicitarnos anular una restricción sobre la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como los límites a la cantidad de medicamento que puede recibir) **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitarnos pagar un monto menor de costo compartido por un medicamento cubierto a un nivel mayor de costo compartido **Solicite una excepción. Sección 7.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 7.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicite que le hagamos un reembolso. Sección 7.4**

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

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

### Sección 7.2 Cómo solicitar una excepción

**Términos legales:**

Pedir la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario.**

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento cubierto no preferido es una **excepción del nivel**.

Si un medicamento no está cubierto del modo en que quisiera, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se incluyen 3 ejemplos de excepciones que usted o su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a medicamentos del Nivel 4 (medicamentos no preferidos). No

puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento cuando aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

2. **Eliminar una restricción por un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción para usted, aún puede solicitar una excepción al monto de costo compartido que requerimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel menor de costo compartido.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos está en uno de cinco (5) niveles de costo compartido. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponda pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos del mismo tipo o de un tipo similar.
   - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos del mismo tipo o de un tipo similar para tratar su afección.
   - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos cobertura del medicamento a un monto de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga las alternativas de marca del mismo tipo o de un tipo similar para tratar su afección.
   - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos cobertura del medicamento a un monto de costo compartido que se aplique al nivel más bajo que contenga las alternativas de marca o genéricas del mismo tipo o de un tipo similar para tratar su afección.
   - No puede pedirnos que modifiquemos el nivel de costo compartido para ningún medicamento en el Nivel 5 (especialidad).
   - Si aprobamos su solicitud para una excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos del mismo tipo o de un tipo similar que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

## Sección 7.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

### Su médico debe informarnos los motivos médicos

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

Nuestra Lista de medicamentos típicamente incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se llaman medicamentos **“alternativos”**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si

solicita una excepción de nivel, generalmente no aprobaremos su solicitud de excepción a no ser que todos los medicamentos alternativos en un nivel de costo compartido más bajo no sean buenos para usted o posiblemente puedan causar una reacción adversa o perjudicarlo.

**Podemos decir Sí o No a su solicitud**

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

## Sección 7.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

**Término legal:**

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

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

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

***Si su salud así lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida.*** **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico u otro proveedor que emite la receta nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o proveedor que emite la receta, decidiremos si su salud exige que le comuniquemos 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 u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
    - Le indica 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. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

**Paso 2: Solicite una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.**

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web bcbsri.com/medicare/planmaterials. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para solicitar una determinación de la cobertura, puede completar el Formulario de solicitud de determinación de cobertura y enviarlo por correo o por fax a la información de contacto incluida en el formulario, o puede iniciar sesión en su portal de miembro de BCBSRI y enviar el formulario electrónicamente. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, su información de contacto y la información que muestre qué reclamación denegada se está apelando.

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

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es la razón médica para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

***Fechas límite para una "decisión rápida de cobertura"***

- En general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** después de recibir su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que acordamos proporcionar dentro de las 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **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. Además, le diremos cómo puede apelar.

***Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió***

- En general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud.

  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, **debemos proporcionar la cobertura** que acordamos proporcionar **dentro de las 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **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. Además, le diremos cómo puede apelar.

***Fechas límite para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos hacerle el pago dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud.
- **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. Además, le diremos cómo puede apelar.

**Paso 4: Si rechazamos su pedido de cobertura, 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 del medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

## Sección 7.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

**Términos legales:**

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina redeterminación del plan.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

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

***Una apelación estándar generalmente se presenta en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se presenta en un plazo de 72 horas. Si su salud así lo requiere, solicite una apelación rápida.***

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no obtuvo, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 7.4 de este capítulo.

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

- **Para apelaciones estándares, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (TTY: 711). El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de redeterminación de los CMS*, que se encuentra disponible en nuestro sitio web bcbsri.com/medicare/planmaterials. Incluye su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
  - Puede iniciar sesión en su portal para miembros de BCBSRI y enviar el formulario electrónicamente.
- **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 pedir una copia de la información sobre su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.

**Paso 3: Nosotros consideramos su apelación y le respondemos.**

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

***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 no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionarle en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Fechas límite para una apelación estándar sobre un medicamento que aún no obtuvo***

- Para las apelaciones estándares, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no obtuvo el medicamento y su estado de salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 7.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibir su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos hacerle el pago dentro de los 30 días calendario después de recibir su solicitud.
- **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. Además, le diremos cómo puede apelar.

**Paso 4: Si decimos que No a su apelación, debe decidir si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.**

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

## Sección 7.6 Cómo presentar una 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: Usted (o su médico, representante u otra persona autorizada a dar recetas) debe contactar a la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.**

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá las **instrucciones para presentar la apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué fechas límite deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 65 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la entidad de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos a la organización de revisión independiente 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.

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

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

***Fechas límite para una apelación rápida***

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

***Fechas límite para una apelación estándar***

- En el caso de las apelaciones estándares, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibe su apelación si es por un medicamento que aún no obtuvo. Si nos pide que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibe su solicitud.

**Paso 3: La organización de revisión independiente le responde.**

***Para "apelaciones rápidas":***

- **Si la organización de revisión independiente acepta todo o parte de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura del medicamento** que fue aprobada por la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.

***Para "apelaciones estándares":***

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

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

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

- Explique la decisión.
- Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de los medicamentos que solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la

cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.

- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

**Paso 4: 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 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 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 10 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 8 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 8.1 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 8.2 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, 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame al 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 ayudar a mejorar la calidad de la atención 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 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:***

- 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 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 del alta** llamando a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 del aviso en línea en 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 hospitalizados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le responda a su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le responda 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 8.3 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 finaliza 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 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.
- 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 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 9 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si cree 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 9.1 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 rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período más largo.
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 9.2 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada.*[Inserte el nombre y la información de contacto del SHIP.* 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 profesionales de atención médica a quienes el gobierno federal les paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención 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: póngase en contacto con la Organización para la mejora de la calidad y solicite 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 cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día en el que los revisores nos informen acerca de su apelación, recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de nuestra parte, que explica en detalle nuestros motivos para finalizar nuestra 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 el servicio cubierto mientras sea médicamente necesario.**
- 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 9.3 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. Podría 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, usted deberá 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 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 10 de este capítulo explica más sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 10 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

### Sección 10.1 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 que sea 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 que sea 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.

### Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

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

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta por escrito que usted obtenga para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 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 la respuesta es SÍ, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar cobertura del medicamento** según lo aprobado por el juez de derecho administrativo o abogado mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **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 esta 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, el proceso de apelaciones ha terminado**. Debemos **autorizar o proporcionar cobertura del medicamento** según lo aprobado por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o hacer el pago no más de 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **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 11 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

### Sección 11.1 ¿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?<br>• ¿No está satisfecho con nuestro Equipo de Apoyo al Miembro de BlueRI for Duals?<br>• ¿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?<br>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals u otro personal de nuestro plan?<br>  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?<br>• ¿Es nuestra información escrita difícil de entender? |
| **Puntualidad**<br>(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:<br>• Nos pidió una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y hemos dicho que no; puede presentar una queja.<br>• Usted cree que no cumplimos con las fechas límite para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. |

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| | • Usted cree que no cumplimos con las fechas límite de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.<br>• Cree que no cumplimos con las fechas límite requeridas para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

## Sección 11.2 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.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).** Si hay algo más que deba hacer, nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals le informará al respecto.
- **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.
- BlueRI for Duals tiene un procedimiento formal para revisar 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 enviarse a BlueRI for Duals utilizando la siguiente dirección o número de fax:

Por correo postal:

Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island

Grievances and Appeals Unit: Medicare Advantage

500Exchange Street

Providence, RI 02903

Por fax: (401) 459-5668

- Puede presentar un reclamo acelerado siempre que no le proporcionemos una decisión rápida sobre su solicitud inicial de un servicio, su solicitud de apelación a nuestra denegación de un servicio o si invocamos una extensión. Debemos decidir sobre sus reclamos acelerados en un plazo de 24 horas.

- 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 11.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la mejora 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 11.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre BlueRI for Duals (HMO D-SNP) directamente ante 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.

# Problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid

## SECCIÓN 12 Manejo de problemas relacionados con sus beneficios de Medicare

Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con un servicio cubierto por Medicaid, tiene derecho a apelar las decisiones tomadas por el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Rhode Island y a solicitar una audiencia imparcial. Puede presentar una apelación, incluida una apelación acelerada, y solicitar ayuda pendiente iniciando sesión en su cuenta en healthyrhode.ri.gov. Las apelaciones también pueden presentarse por teléfono al 1-(855)-840-4774 o por fax al (401) 223-6317. Hay más información disponible sobre el proceso de apelaciones de Medicaid, incluidos los derechos de apelación y el acceso a los formularios de apelación, a través de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) de Rhode Island en https://eohhs.ri.gov/Consumer/ConsumerInformation/Appeals.aspx.

Si necesita ayuda con un reclamo o apelación relacionada con un servicio cubierto por Medicaid, los asesores de salud de BCBSRI pueden brindarle apoyo en función de sus necesidades y circunstancias individuales. Los asesores de salud pueden ayudar a explicar el proceso de reclamos y apelaciones, y dirigirlo a los recursos adecuados. El nivel de asistencia brindado se adapta a las necesidades y la capacidad de cada miembro para transitar el proceso de manera independiente. Los miembros que requieren apoyo adicional debido al idioma, la alfabetización u otras barreras pueden recibir asistencia adicional durante todo el proceso.

# CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

## SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

La finalización de su membresía en BlueRI for Duals (HMO D-SNP) puede ser **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (no 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 está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

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

### Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan eligiendo una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año.

- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare separado.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

**Nota**: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante un período continuo de 63 días o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar de la inscripción automática.

Llame a su Oficina Estatal de Medicaid al 1-(855)-697-4347 (1-855-MY-RIDHS) para obtener información sobre sus opciones de planes de Medicaid.

- Hay otras opciones de planes de salud de Medicare disponibles durante el **Período de inscripción abierta.** En la Sección 2.2 encontrará más información sobre el Período de inscripción abierta.
- **Su membresía se cancelará normalmente el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar a otro plan.** Su inscripción en su nuevo plan también comenzará este día.

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

Puede cancelar su membresía 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.
    - Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

**Usted recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirse en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por quedar excluido de la inscripción automática.

**Nota**: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante

63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando se inicie la cobertura de su nuevo plan el 1.° de enero.

## Sección 2.3 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 de Medicare Advantage** es del 1.º de enero al 31 de marzo, y también se aplica a los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos 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 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, puede ser elegible para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

**Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted. 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 Rhode Island Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos de Medicare
- 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).
- **Nota**: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que solo sea elegible para ciertos Períodos de inscripción especial. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.
- **Nota**: En la Sección 2.1 encontrará más información sobre el Período de inscripción especial para las personas que tienen Medicaid.

**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 de medicamentos 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.
- Si es elegible, un D-SNP integrado que le brinde sus beneficios y servicios de Medicare y la mayoría o la totalidad de sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan.

**Nota**: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

**Nota**: En las Secciones 2.1 y 2.2, se le brinda más información sobre el Período de inscripción especial para quienes tienen Medicaid y la Ayuda adicional.

### Sección 2.5 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711)**
- Encuentre la información en el manual ***Medicare & You 2027*** (Medicare y Usted 2027).
- Llame a **Medicare** al 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden 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.<br>• Quedará automáticamente cancelada su inscripción en BlueRI for Duals (HMO D-SNP) 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.<br>• Quedará automáticamente cancelada su inscripción en BlueRI for Duals (HMO D-SNP) 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 la inscripción.** Llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si necesita obtener más información sobre cómo hacerlo.<br>• 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. |

| | |
|---|---|
| | • Quedará automáticamente cancelada su inscripción en BlueRI for Duals (HMO D-SNP) cuando comience la cobertura de Original Medicare. |

**Nota**: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de Medicare, ya no recibe Ayuda adicional y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Rhode Island Medicaid, llame a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de RI al 401-462-5274. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes. Pregunte cómo inscribirse en otro plan o cómo regresar a Medicare Original afecta la forma en que obtiene su cobertura de Rhode Island Medicaid.

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

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

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando nuestras farmacias de la red o de envío por correo para surtir sus recetas.**
- **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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en el plan en ciertas situaciones

**BlueRI for Duals (HMO D-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan si sucede cualquiera de las siguientes situaciones:**

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles para Medicare y Medicaid. Si se encuentra dentro del período de tres (3) meses de elegibilidad continua estimada de nuestro plan, seguiremos brindando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, no seguiremos

cubriendo los beneficios de Medicaid incluidos en el plan estatal de Medicaid aplicable, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos de los que el Estado sería responsable si usted no hubiera perdido su elegibilidad a Medicaid. Si su estado no cambia en el período de consideración de tres meses, se cancelará su inscripción en el plan de manera involuntaria.

- 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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) para saber si el lugar al cual se mudará o viajará 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 miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura de medicamentos
- Si de forma deliberada nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
- Si permite que alguien más use su tarjeta de identificación de miembro para recibir atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame al Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

BlueRI for Duals (HMO D-SNP) 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, llame 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 11: 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 de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en HHS.gov/ocr/index.html.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llame a nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si tiene un reclamo, como un problema con el acceso en silla de ruedas, nuestro Equipo de Apoyo al Miembro de BlueRI for Duals 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. De acuerdo con las reglamentaciones de los CMS, correspondientes a las secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (CFR) 42, BlueRI for Duals (HMO D-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el secretario según las reglamentaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del CFR 42, y las normas establecidas en esta sección prevalecerán sobre cualquier ley estatal.

# CAPÍTULO 12: 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 medicamentos con receta, o pago por servicios o medicamentos que ya obtuvo. 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 BlueRI for Duals (HMO D-SNP), solo tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando recibe 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.

**Producto biológico:** un medicamento recetado que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también **Producto biológico original** y **Biosimilar**).

**Biosimilar:** un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original.

Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte **Biosimilar intercambiable**).

**Nuestro Equipo de Apoyo al Miembro de BlueRI for Duals:** un departamento dentro de nuestro plan, que se encarga de responder sus preguntas sobre su membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para recibir información sobre cómo comunicarse con el Equipo de Apoyo al Miembro de BlueRI for Duals.

**Medicamento de marca:** un medicamento recetado cuya fabricación y comercialización dependen de la compañía farmacéutica que originalmente investigación y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento con nombre de marca.

**Plan de atención:** un plan sobre qué servicios obtendrá y cómo los obtendrá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud conductual y servicios y apoyos a largo plazo.

**Equipo de atención:** un equipo de atención puede incluir médicos, personal de enfermería, asesores u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarle a obtener la atención que necesita. Su equipo de atención también le ayuda a elaborar un plan de atención médica.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) ha gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

**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 o medicamentos con receta después de pagar sus deducibles.

**Queja:** la manera formal de decir “presentar una queja” es **“iniciar un reclamo”**. 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 al monto que debe pagar un miembro cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es complementario a la prima mensual del plan.) El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) cualquier monto del deducible que imponga un plan antes de cubrir los servicios o los medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que exija un plan cuando se reciba un servicio o un medicamento en particular; o (3) cualquier monto del coseguro, un porcentaje de la cantidad total pagada por un medicamento o un servicio, que exija un plan cuando se reciba un servicio o un medicamento en particular.

**Nivel de gasto compartido:** cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los cinco niveles de gastos compartidos. En general, cuanto más alto es el nivel de costos compartidos, más alto es el costo del medicamento para usted.

**Determinación de cobertura:** decisión acerca de si nuestro plan le cubre o no a usted un medicamento con receta y, si correspondiera, la cantidad que usted debe pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. En este documento, las determinaciones de cobertura se denominan **"decisiones de cobertura"**.

**Medicamentos cubiertos**: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos que cubre nuestro plan.

**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 de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de 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.

**Tarifa diaria de costo compartido:** la tarifa diaria de costo compartido puede aplicarse cuando su médico receta menos de un suministro para un mes entero de determinados medicamentos para usted, y debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

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

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

**Tarifa de despacho:** una tarifa que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

**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 o todos los 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 (Durable Medical Equipment, 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.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

**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.

**Medicamento genérico**: medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

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

**Evaluación de riesgo de salud:** una revisión de sus antecedentes médicos y su estado de salud actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

**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).

**Hospicio:** un beneficio que otorga un trato especial a 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 estadía en el hospital en la cual se le admite formalmente en el hospital para brindarle servicios médicos especializados. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente externo.

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

**Etapa de cobertura inicial:** es la etapa después de pagar su deducible (si tiene uno) y antes de que sus costos de bolsillo para el año hayan alcanzado el monto del umbral de gastos de bolsillo.

**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.

**D-SNP integrado:** un D-SNP que cubre Medicare y la mayoría de todos los servicios de Medicaid en virtud de un plan de salud único para ciertos grupos de personas elegibles tanto para Medicare como para Medicaid. Estas personas también se conocen como personas con doble elegibilidad a todos los beneficios.

**Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan, I-SNP):** los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los

siguientes tipos de planes: SNP equivalentes institucionales (institutional-equivalent SNP, IE-SNP) SNP institucionales híbridos (hybrid institutional SNP, HI-SNP) y SNP institucionales basados en centros (facility-based institutional SNP, FI-SNP).

**Plan de necesidades especiales equivalente institucional** (Institutional-Equivalent Special Needs Plan, IE-SNP): un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

**Biosimilar intercambiable**: un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos):** lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

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

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

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

**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. La prima mensual de la Parte A y Parte B de Medicare, y los medicamentos recetados no cuentan para el importe máximo de bolsillo. Si usted es elegible para recibir la asistencia con los costos compartidos de Medicare a través de Medicaid, no es responsable de ningún costo que paga de su bolsillo para alcanzar el monto máximo que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Nota: Puesto que nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos alcanzan el monto máximo que pagan de su bolsillo).

**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.

**Indicación médicamente aceptada:** un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

**Médicamente necesario:** 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 su inscripción 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 de medicamentos con receta de Medicare por separado 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 de medicamentos con receta**.

**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 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 (PACE).

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

**Programa de Manejo Terapéutico de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM):** un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Por lo general, los servicios de MTM incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

**Póliza "Medigap" (seguro suplementario a 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 de 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).

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

**Farmacia de la red:** farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

**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.

**Producto biológico original**: producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como comparación para fabricantes que fabrican una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

**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.

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

**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 o medicamentos recibidos también se denomina requisito de costo de desembolso directo del miembro.

**Umbral de desembolso directo:** monto máximo de sus costos de bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

**Plan PACE:** un plan del Programa de Atención Integral para las Personas de Edad Avanzada (PACE) combina servicios de atención médica, social y servicios y apoyo a largo plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) para personas frágiles a fin de ayudarlas a mantenerse independientes y viviendo en su comunidad (en lugar de trasladarlas a un hogar de ancianos) lo máximo posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid a través de nuestro plan.

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

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

**Medicamentos de la Parte D:** medicamentos que pueden estar cubiertos conforme a la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas de la cobertura de la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** monto agregado a su prima mensual del plan para la cobertura de medicamentos de Medicare si está sin cobertura acreditable (cobertura que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que es elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D. Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta.

**Costo compartido preferido:** costo compartido preferido significa un menor costo compartido para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

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

**Servicios preventivos**: servicios de atención médica 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.

**Proveedor de atención primaria (PCP):** el médico u otro proveedor a quien usted consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En la mayoría de los planes de salud de Medicare, usted debe visitar a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

**Autorización previa:** una aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

**Prótesis y órtesis:** dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función 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.

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

**“Herramienta de beneficios en tiempo real”:** aplicación informática o portal en el que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica para el miembro sobre la lista de medicamentos aprobados y los beneficios. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

**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.

**Medicamento seleccionado:** un medicamento cubierto en virtud de la Parte D para el cual Medicare negoció un precio máximo razonable.

**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.

**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.

**Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for Chronically Ill, SSBCI):** beneficios complementarios dirigidos y no unificados ofrecidos para apoyar a los miembros con necesidades de salud complejas que tienen una expectativa razonable de mejorar o mantener su salud o función general.

**Costos compartidos estándares:** costos compartidos que no son los preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red.

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

**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 Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals (HMO D-SNP)**

| Método | Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI: Información de contacto |
|---|---|
| **Teléfono** | (401)-277-2958 o (800) 267-0439<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. 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.<br><br>Nuestro Equipo de Asistencia al Miembro de BlueRI for Duals (401) 277-2958 u (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) también tiene disponible un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br><br>Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.]<br><br>Las llamadas a este número son gratuitas. 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. |
| **Fax** | (401) 459-5089 |
| **CORREO** | Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island<br>BlueRI for Duals Member Support Team<br>500 Exchange Street<br>Providence, RI 02903 |
| **SITIO WEB** | www.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<br>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<br>25 Howard Ave, Building 57<br>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.*