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 BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS)

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

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 para obtener más información. (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 gratis.

Este plan, BlueCHiP for Medicare Essential, es ofrecido por Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island. (Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, significa Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa BlueCHiP for Medicare Essential).

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 2028.

Aprobación de la OMB 0938-1051 (vence el 31 de julio de 2029)

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 BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía 8
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027 10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 15
SECCIÓN 6 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado 18
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 19

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 21

SECCIÓN 1 Contactos de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 21
SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) 28
SECCIÓN 5 Seguro Social 29
SECCIÓN 6 Medicaid 30
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta 31
SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 35
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico proporcionado por un empleador 36

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 37

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan 37
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención médica 43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 46
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 46
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa no médica para la atención de la salud 49
SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero 50

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar) 52

SECCIÓN 1 Cómo entender sus costos de desembolso directo por los servicios cubiertos 52
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos le muestra sus beneficios médicos y los costos 54
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 112

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 115

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 115
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 115
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 120
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 123
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que desea 124
SECCIÓN 6 La Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 128
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 130
SECCIÓN 8 Cómo obtener su medicamento con receta 132
SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 132
SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos 134

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 137

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 137
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 140
SECCIÓN 3 La *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra 140
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible 142
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 143
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 168
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 168
SECCIÓN 4 Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones 169
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 173
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 182
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 194
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 199
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5 204
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 207

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan 212

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 212
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía en nuestro plan? 212
SECCIÓN 3 Cómo puede finalizar su membresía en nuestro plan 215

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos a través de nuestro plan 216
SECCIÓN 5 BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones 216

CAPÍTULO 11: Avisos legales 219

SECCIÓN 1 Aviso sobre las leyes vigentes 219
SECCIÓN 2 Aviso de no discriminación 219
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del Pagador secundario de Medicare 220

CAPÍTULO 12: Definiciones 221

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted está inscrito como miembro de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS)

Sección 1.1 Usted está inscrito en BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), que es un plan de Punto de Servicio del plan HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y ha elegido recibir su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare mediante nuestro plan, BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS). Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores en este plan difieren con respecto a Original Medicare.

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) es un plan HMO (HMO significa Health Maintenance Organization [organización de mantenimiento de la salud]) de Medicare Advantage con una opción de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS), que está aprobado por Medicare y es administrado por una empresa privada. “Punto de servicio” significa que usted puede usar proveedores que están fuera de la red de nuestro plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de Punto de Servicio).

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 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 BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 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 BlueCHiP for Medicare

Essential (HMO-POS) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2027.

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

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

Sección 2.2 Área de servicio del plan para BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS)

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

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

Si se muda fuera del área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (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).

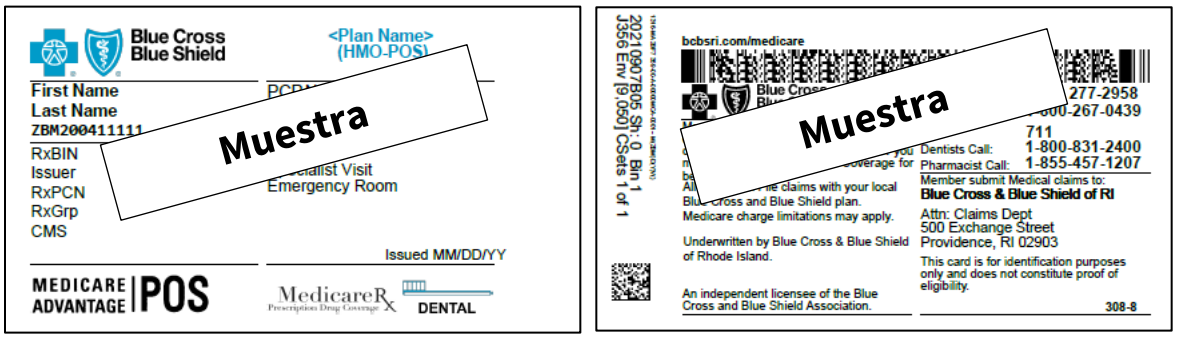
Sección 2.3 Ciudadano o nacional estadounidense, o no ciudadano elegible

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de la membresía

Sección 3.1 La tarjeta de membresía de nuestro plan

Use 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 su tarjeta de Medicaid al proveedor, si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:



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

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

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* bcbsri.com/medicare/planmaterials enumera a los proveedores actuales de nuestra red. Los **proveedores de la red** son médicos y otros profesionales de

atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y todo costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la autorización correspondiente, tendrá que pagar la totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios urgentemente necesarios cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

El beneficio de Punto de Servicio (POS) le permite recibir servicios con cobertura especificados fuera de la red de proveedores de BlueCHiP for Medicare a un costo adicional para usted. Consulte el Capítulo 3 para recibir información sobre los servicios cubiertos y sobre limitaciones como parte del beneficio POS.

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

Si no tiene un *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (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 3.3 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (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 3.4 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 BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS). 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 aprobó la Lista de medicamentos de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS).

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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor que este importe. Consulte la Sección 4.1 para obtener más detalles.	**$0**
Gastos máximos a su cargo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos. (Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 4).	**Dentro de la red: $6,750** **Fuera de la red: $15,000**
Visitas al consultorio de atención primaria	**$0 por visita**
Visitas al consultorio de especialistas	**$0 - $50 por visita**

	Sus costos en 2027
Estadía en el hospital para pacientes hospitalizados Incluye varias estancias hospitalarias como rehabilitación de cuidados agudos 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.	**Copago de $458 por día por los días 1 a 6**
Cobertura de farmacia de la Parte D (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 de farmacia de la Parte D** **$500 (Niveles 3 a 5)** **Excepto para productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.** **Copago/Coseguro durante la etapa de cobertura inicial:** **Nivel 1 de medicamentos: $0** **Nivel 2 de medicamentos: $0** **Nivel 3 de medicamentos: 25 % del costo total** **Usted paga no más de $35 o el 25 %, el monto que sea menor, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.** **Nivel 4 de medicamentos: 30 % del costo total** **Usted paga no más de $35 o el 25 %, el monto que sea menor, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.** **Nivel 5 de medicamentos: 28 % del costo total** **Usted paga no más de $35 o el 25 %, el monto que sea menor, por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.**

	Sus costos en 2027
	Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: **Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

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

Sección 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual del plan por separado para BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS)

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

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

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse 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 acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura de la Parte D u otra cobertura de farmacia acreditable de medicamentos. Generalmente deberá pagar esta multa mientras siga teniendo cobertura de la Parte D.

Cuando se inscriba por primera vez BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), le informaremos el monto de la multa.

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:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura.
- 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.
- **Generalmente usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos de* 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se 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 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, 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 nuestro 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 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará la prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de nuestro 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 5 Más información sobre su prima mensual del plan

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

Existen cinco (5) formas de pagar la multa.

- **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 multa de su cuenta bancaria la primera semana de cada mes. Para conocer más 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 Conserjería de Medicare.

- **Opción 2: Deducción de la multa por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social**
- **Opción 3: Portal web**

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

Cómo cambiar la forma en que usted paga su multa por inscripción tardía de la Parte D Si decide cambiar la opción de pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede demorar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su pedido de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa

por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con nuestro Equipo de Conserjería de Medicare.

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

Su multa por inscripción tardía de la Parte D se debe pagarse en nuestra oficina antes del 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 la multa por inscripción tardía de la Parte D está vencida. 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 a tiempo su multa por inscripción tardía de la Parte D, si corresponde, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare 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 multas impagas. 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.

Sección 5.2 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.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía.

- Si actualmente paga una multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para recibir Ayuda adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si se da de baja de su plan y transcurren 63 días consecutivos o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable.

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

SECCIÓN 6 Mantenga su registro de miembro del plan actualizado

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

Los médicos, hospitales, 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 Conserjería de Medicare 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).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

Una vez por año le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY 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 los costos no cubiertos. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

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

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS)

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba al Equipo de Conserjería de Medicare de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS). Con gusto lo ayudaremos.

Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare: información de contacto	
Teléfono	(401) 277-2958 u (800) 267-0439 cuando llame desde fuera del estado de Rhode Island Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible 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. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare también cuenta con servicios de interpretación gratis para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible del 1.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 Medicare Concierge Team 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	bcbsri.com/medicare

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

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura o sobre el monto que pagaremos 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 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible 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.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible 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) 459-5668
CORREO	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Grievances & Appeals Unit 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	bcbsri.com/medicare

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

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

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

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 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible 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.

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible 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) 459-5668
CORREO	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Grievances and Appeals Unit: Medicare Advantage 500 Exchange Street Providence, RI 02903
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 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 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible 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.

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible 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 Claims Dept 500 Exchange Street Providence, RI 02903
SITIO WEB	bcbsri.com/medicare

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

TELÉFONO	(800) 693-6651
TTY	711 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	BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) Attn: Medicare Claims P.O. Box 20970 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) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-(877)-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
CORREO	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
SITIO WEB	Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido el costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros suministradores y proveedores de atención médica que participan en Medicare. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes, vacunas y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y los formularios de apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, residencia de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de hospicio, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare cualquier queja que tenga sobre BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS). **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 o tratamiento médicos 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.

SHIP de Rhode Island: Información de contacto	
Teléfono	(401) 462-3000
TTY	(401) 462-0740 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO	Rhode Island Office of Healthy Aging Senior Health Insurance Program 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	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 Disponible de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes, y sábados y domingos de 11:00 a.m. a 3:00 p.m.
TTY	1 -(855)-843-4776 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
CORREO	Acentra Health BFCC-QIO Program 5700 Lombardo Center Dr., Suite 100 Seven Hills, OH 44131
SITIO WEB	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura para 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 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-(800)-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.
SITIO WEB	SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

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

- **Beneficiario de Medicare calificado (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con Ingreso Bajo Específico (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para beneficios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona Calificada (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Calificadas con Discapacidades que Trabajan (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI)**: ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS)*:* Información de contacto	
Teléfono	1-(855)-697-4347 Disponible de 8:30 a.m. a 3:00 p.m., lunes, martes, jueves y viernes, excepto feriados
TTY	711
CORREO	RI Department of Human Services PO Box 8709 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	dhs.ri.gov

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

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda Adicional que brinda asistencia para pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. Ayuda adicional también cuenta para los costos de desembolso directo.

Si usted reúne los requisitos automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta de color púrpura para comunicárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

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

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

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento recetado 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.

- Reconoceremos una carta de confirmación de la inscripción en Medicaid del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Service, DHS) de Rhode Island, o una carta de confirmación de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) que indique la elegibilidad para la Ayuda adicional, como prueba de evidencia. Para solicitar asistencia en la obtención de la mejor evidencia disponible y proporcionar esta evidencia, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare.
- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga su próxima 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 Conserjería de Medicare 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.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

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 (RIPAE).

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

¿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 la Lista de medicamentos aprobados 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 al (401) 462-3295.

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 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) Virks Bldg, Suite 227 3 West Road Cranston, RI 02920
SITIO WEB	www.eohhs.ri.gov/Consumer/Adults/RyanWhiteHIVAIDS.aspx

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.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (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 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 Attn: M3P Elections 9450 SW Gemini Dr., Suite 87234 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 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada y obtener información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-(312)-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	https://RRB.gov

SECCIÓN 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (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 utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar por dicha atención, consulte la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

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

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

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), en general, cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que usted recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos** del Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria de la red o PCP que brinde y supervise su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir 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 las situaciones, su PCP de la red debe otorgarle su aprobación por adelantado (una derivación) antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencia de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
    - No necesita derivaciones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios urgentemente necesarios. Para obtener información sobre otros tipos de atención médica que puede recibir sin necesidad de obtener la aprobación previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte la Sección 2). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que debe pagar al proveedor el monto total de los servicios que reciba. He aquí 3 excepciones:
    - Nuestro plan cubre 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. Esto se denomina exención fuera de la red. Se debe obtener una autorización del plan antes de buscar atención médica. En esta situación, paga lo mismo que pagaría si recibiera 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 médica

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

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

¿Cómo elegir un PCP?

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

Cómo cambiar de PCP

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

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin derivación del PCP

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una aprobación por adelantado de su PCP.

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

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

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

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.

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

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

Podemos realizar cambios en los hospitales, 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 2.4 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) tiene un beneficio de Punto de Servicio (POS), que le permite recibir servicios cubiertos especificados fuera de la red de proveedores de BlueCHiP for Medicare a un costo adicional. El POS está disponible para ciertos beneficios exclusivamente. Para obtener una lista detallada de los beneficios de POS cubiertos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

Con el beneficio POS:

- Si un servicio con cobertura requiere autorización previa dentro de la red, ese mismo servicio, si está cubierto por el beneficio POS, requiere autorización previa fuera de la red. Todos los servicios que requieren autorización previa recibirán una verificación de necesidad médica. Si no se recibe la autorización previa, no se cubrirá el servicio con cobertura.
- No se requiere autorización para emergencias médicas, atención de urgencia necesaria, diálisis renal fuera del área o servicios de ambulancia médicamente necesarios que no sean de emergencia. Estos servicios se cubrirán al nivel dentro de la red.

Limitaciones de POS:

- Mientras estén en el área de servicio del plan, los miembros tienen que usar los laboratorios, centros de enfermería especializados y proveedores de equipo médico

duradero contratados por el plan. No hay beneficio POS dentro del área de servicio del plan para estos servicios.

- Los proveedores de Medicare que no formen parte del plan no están obligados a aceptar el plan POS, por lo que lo mejor es verificar con su proveedor antes de usar este beneficio.

Para obtener información detallada del beneficio POS, incluidos los montos de gastos compartidos, consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4.

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

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

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

Sección 3.1 Reciba atención si tiene una emergencia médica

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

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

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que obtenga la aprobación ni la derivación de su PCP. No necesita

usar un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no forma parte de nuestra red. Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de atención de urgencia en todo el mundo, fuera de los Estados Unidos en ciertas circunstancias, las cuales se describen en la Sección 3.2.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado de su emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Puede encontrar el número de teléfono en el dorso de su tarjeta de identificación de miembro.

Servicios con cobertura en una emergencia médica

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

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

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

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

¿Qué sucedería si no fuera una emergencia médica?

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

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional o

- 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, cubriremos servicios urgentemente necesarios que obtenga de un proveedor fuera de la red.

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

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

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

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. 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 más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

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

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 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.

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. Los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica no necesitan formar parte de la red de nuestro plan (esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios en virtud de determinaciones de cobertura nacionales (national coverage determinations, NCD) que requieren cobertura para el desarrollo de evidencias (coverage with evidence development, CED) y estudios de excepción a los dispositivos de investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

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

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

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

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

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

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los

servicios que recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Supongamos que se hace un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos de esta prueba es de $20 según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis y usted pagaría los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Esto hace que el pago neto por la prueba sea de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan.

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

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

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

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

cuando recibe esta atención, consulte la Tabla de beneficios del Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, lo que está cubierto y lo que paga*).

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

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

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre se queda con algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), 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 quedarse con el artículo aunque haya realizado hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de afiliarse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

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

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

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

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el suministrador proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del 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 entender sus costos de desembolso directo por los servicios cubiertos

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

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

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

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

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

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites al monto total que debe desembolsar cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina monto de desembolso directo máximo (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) para servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el MOOP es de $6,750.**

Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios con cobertura dentro de la red cuentan para este monto de desembolso directo máximo. Los montos que paga por las primas del plan y sus 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 $6,750, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso directo por el resto del año para los servicios dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o cualquier otro tercero pague su prima de la Parte B).

Como miembro de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), el máximo que tendrá que pagar como gasto de desembolso directo por los servicios fuera de la red cubiertos por el beneficio POS es de $15,000. Los montos que paga por los copagos y el coseguro para los servicios cubiertos por el Punto de Servicio (POS) se contemplan para este monto de desembolso directo máximo del POS. (Los montos que paga por los medicamentos recetados de la Parte D no se contemplan en el monto de desembolso directo máximo del POS). Si alcanza el monto de desembolso directo máximo de $15,000, no tendrá que pagar ningún costo de desembolso directo por el resto del año para los servicios cubiertos por el POS.

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

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

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

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.

- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto quedó estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación o en el caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación o en el caso de emergencias o servicios urgentemente necesarios fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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

La Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes indica los servicios que cubre BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) y lo que usted paga como gasto de desembolso directo por cada servicio (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 los siguientes requisitos:

- Los servicios que cubre Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

- Para los nuevos inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA puede no requerir autorización previa para cualquier 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 le paga al proveedor la totalidad de los servicios fuera de la red que recibe. Este plan tiene un beneficio de Punto de Servicio, que le permite recibir servicios cubiertos especificados fuera de la red de proveedores de BlueCHiP for Medicare a un costo adicional.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe otorgarle su aprobación por adelantado (una derivación), antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan.

- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben aprobarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con 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:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría con Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2027* [Medicare y Usted 2027]. Puede verlo en línea en Medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-(877)-486-2048).

- Para los servicios preventivos cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos esos servicios sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la

que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.

- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una derivación de parte de su médico, asistente médico (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten mejoría. No se	Copago de $15 por visita

Servicio cubierto	Lo que usted paga
administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora. **Requisitos del proveedor:** Los médicos pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica y el personal auxiliar pueden proporcionar tratamiento de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales correspondientes y poseen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. 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.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia[(1)] Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos servicios de ambulancia de emergencia en todo el mundo.	Copago de $200 por viaje de ida
Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales): **Examen físico anual** *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 coseguro, copago o deducible por el examen físico anual.*

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos una mamografía de detección adicional por año calendario	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas. $0 de costo compartido para una mamografía de detección adicional
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento tienen cobertura para los miembros que cumplen ciertas condiciones y tienen una orden del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor de pecho) • Reparación o reemplazo de la válvula cardíaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o colocación de stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Restricciones respecto de la cobertura: Puede obtener hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda obtener 36 sesiones más que pueden distribuirse durante un período más largo.	Copago de $40 por visita

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo	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
a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta y en el mismo encuentro clínico de esta.	
Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales): Cubrimos exámenes colorrectales de diagnóstico cuando sean médicamente necesarios y su proveedor de atención médica lo solicite.	$0 de costo compartido por exámenes colorrectales de diagnóstico.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria del beneficiario. Los ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de órgano. Además, cubrimos lo siguiente: Atención dental que no sea de rutina cubierta por Medicare (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación para una enfermedad neoplásica maligna, o servicios que estarían cubiertos cuando fueran proporcionados por un médico) **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):**	20 % del costo total para servicios dentales cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cubrimos las siguientes categorías y servicios dentales: ***Servicios preventivos:*** ***Exámenes de servicios preventivos/diagnósticos*** *Un (1) examen bucal de rutina inicial o periódico por año calendario, incluido el diagnóstico y la elaboración de gráficos. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D0120, D0140, D0150 para los servicios mencionados anteriormente).* ***Limpiezas (profilaxis)*** *Dos (2) limpiezas por año calendario, incluidos raspados y pulidos menores. (Solo se cubrirá el código CPT dental D1110 para los servicios mencionados).* ***Tratamientos con flúor*** *Un (1) barniz de flúor aplicado por un profesional, o una (1) aplicación de gel de flúor o espuma de flúor, por año calendario. (Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D1206 y D1208 para los servicios mencionados).* ***Radiografías dentales*** • *Una (1) serie de radiografías de aleta de mordida por año calendario.* • *Serie de radiografías de boca completa o panorámica, una vez cada cinco años.* • *Radiografías periapicales individuales según sea necesario, hasta un máximo de cuatro (4) por año.* *(Solo se cubrirán los códigos CPT dentales D0210, D0220, D0230, D0270, D0272, D0273, D0274, D0277, D0330 para los servicios mencionados anteriormente).*	*Paga $0 por los servicios preventivos cubiertos* ***Beneficio dental anual máximo:*** *Máximo de $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
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (que usan y no usan insulina), los servicios cubiertos incluyen: • 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.	No hay copago para los suministros de autocontrol de la diabetes cubiertos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga

• Solo se cubren los medidores de glucosa en sangre y las tiras reactivas de los siguientes productos de la marca Abbott:
  • Medidor Freestyle Freedom Lite
  • Sistema de glucosa FreeStyle InsuLinx
  • Tiras reactivas FreeStyle InsuLinx
  • Medidor FreeStyle Lite
  • Tiras reactivas Freestyle Lite
  • Tiras reactivas Freestyle Precision Neo
  • Tiras reactivas Freestyle
  • Monitor Precision Xtra
  • Tiras reactivas Precision Xtra
  • Los demás productos de todos los demás fabricantes estarán cubiertos solo cuando su proveedor y el plan determinen que los productos alternativos son necesarios en términos médicos a través de la Determinación de cobertura, distinta de aquella que determina que todos los demás productos del fabricante no están cubiertos.
  • Durante el año del plan, el plan puede cambiar los productos de la marca Abbott que aparecen en esta lista si los productos son discontinuados o si hay nuevos productos disponibles.	

• 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	25 % del costo total de cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida), incluida la adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. • Productos de monitoreo continuo de la glucosa (MCG)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las clases sobre el autocontrol de la diabetes cubiertas por Medicare. Consulte Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados[(1)] (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro suministrador en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le realice un pedido especial para usted. La lista más reciente de suministradores se encuentra disponible en nuestro sitio web en bcbsri.com/finddoctor. Por lo general, BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) cubre cualquier equipo médico duradero (DME) cubierto por Original Medicare de las marcas y fabricantes que aparecen en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada	El DME es el 25 % del costo total Sus costos compartidos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es del 25 % del costo total por mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
para sus necesidades médicas. Si usted es nuevo en BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) y está usando una marca de DME que no está en nuestra lista, continuaremos pagando esta marca por usted por hasta 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo derive a una segunda opinión). Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9).	
Los suministros y monitores preferidos de monitoreo continuo de glucosa (MCG) son los siguientes: • Dexcom G6 • Dexcom G7, cuando se utiliza con un receptor Dexcom • Abbott FreeStyle Libre • Freestyle Libre 2 • FreeStyle Libre 2 Plus • Freestyle Libre 3 • Freestyle Libre 3 Plus, cuando se utiliza con un receptor Freestyle Libre Durante el año del plan, el plan puede actualizar los productos de monitoreo continuo de la glucosa y sensores que aparecen en esta lista si los productos son discontinuados o si hay nuevos productos disponibles. Se requiere autorización previa para todos los demás MCG.	25 % del costo total por suministros y monitores de monitoreo continuo de glucosa (MCG) preferidos
[(1)]Es posible que se requiera autorización previa	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se obtienen fuera de la red son los mismos que cuando recibe estos servicios dentro de la red. **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos atención médica de emergencia en todo el mundo.	Copago de $130 por visita Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera 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 internados en el hospital fuera de la red autorizado por el plan.
Programas educativos de salud y bienestar *El programa Silver&Fit® de ejercicios y envejecimiento saludable* *Como miembro de Silver&Fit, tiene las siguientes opciones disponibles para usted sin costo alguno o a un costo reducido para usted:* • *Membresía para centros de acondicionamiento físico: Puede visitar un centro de acondicionamiento físico participante o YMCA cerca de usted que participa en el programa.* • *Club de bienestar* • *Planes de entrenamiento*	*Puede haber una tarifa mensual de miembro, desde $0, para acceder a algunos centros de acondicionamiento físico y YMCA. La tarifa mensual de miembro que pague por una membresía dependerá del centro de acondicionamiento físico que seleccione.* *Ubicaciones del Nivel 1: $0* *Ubicaciones del Nivel 2: $10* *Ubicaciones del Nivel 3: $20* *Ubicaciones del Nivel 4: $30*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• *Entrenamientos digitales* *Para unirse a un centro de acondicionamiento físico Silver&Fit® participante, los miembros deberán registrarse en SilverandFit.com y seguir estos pasos:* *1. Haga clic en la pestaña Fitness Centers (Centros de acondicionamiento físico) para buscar un lugar que satisfaga sus necesidades.* *2. Seleccione un centro de acondicionamiento físico. Los miembros pueden completar su inscripción en línea y descargar/imprimir la tarjeta Silver&Fit, que incluye el número de identificación de acondicionamiento físico del miembro, para presentarla en el centro de acondicionamiento físico seleccionado.* *Los miembros también pueden llamar a Servicio al Cliente al número gratuito (888) 797-8059 (TTY/TDD: 711) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 9:00 p.m.*	*Ubicaciones del Nivel 5: $40*
Servicios de audición Las evaluaciones de diagnóstico de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando son realizadas por un médico, audiólogo u otro proveedor calificado. **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** ***Prueba de la audición de rutina*** *Cubrimos una prueba de la audición de rutina una vez el año cuando la proporciona un proveedor participante.*	Copago de $50 por visita *Copago de $0 para la prueba de la audición*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cobertura de audífonos* *Cubrimos el siguiente beneficio complementario que no cubre Medicare:* • *Audífonos: hasta 2 audífonos (uno por oído) cada año* • *Adaptación y evaluación de audífonos: 1 por año, por oído.* *La compra de audífonos incluye:* • *3 visitas de seguimiento durante el primer año desde la fecha de adaptación inicial* • *Período de prueba de 60 días a partir de la fecha de la adaptación* • *Sesenta baterías por año por audífono* • *Garantía de reparación del fabricante de 3 años* • *Cobertura de reemplazo por única vez para audífonos perdidos, robados o dañados (se puede aplicar un deducible por audífono)* *Para consultas sobre audífonos, visite el sitio web bcbsri.nationsbenefits.com/hearing o llame al (866)-304-2138 (TTY: 711)* **Nota: La cobertura de audífonos está disponible solo a través de proveedores participantes de NationsHearing.*	*Copago de $0 por la adaptación y la evaluación de audífono (1 cada año, por oído):* *Audífono (**usted paga**):* *$300 por audífono para el nivel de tecnología de entrada* *$475 por audífono para el nivel de tecnología básica* *$775 por audífono para el nivel de tecnología principal* *$1,075 por audífono para el nivel de tecnología preferida* *$1,375 por audífono para el nivel de tecnología avanzada* *$1,775 por audífono para el nivel de tecnología principal* *La determinación del nivel de cobertura de un audífono en particular queda a criterio exclusivo del plan médico y su proveedor médico de audífonos, y puede cambiar ocasionalmente durante el año del plan médico.*
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

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

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios del centro de cuidados de hospicio y servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que se relacionan con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o Parte B de Medicare que no se relacionan con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de recibir una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido en virtud de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), pero que no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare**: BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) seguirá cubriendo los servicios incluidos en	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
nuestro plan que no tengan cobertura conforme a la Parte A o B, ya sea que estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para medicamentos que pueden tener cobertura de los beneficios de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, 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. **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 Los servicios de la Parte B de Medicare cubiertos incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía • Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19.	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
• Otras vacunas si está en riesgo y estas cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de los beneficios de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	
Atención hospitalaria para pacientes internados[(1)] Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta hospitalaria es su último día como paciente internado. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería permanentes • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje	Copago de $458 por día para los días 1 a 6 por admisión. Copago de $0 para el día 7 en adelante por admisión. Si obtiene atención de hospitalización 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 de la red.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Servicios por abuso de sustancias para pacientes internados • En determinadas afecciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinos/múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes que forman parte de la red se encuentran fuera de los servicios de atención de su comunidad, puede elegir recibir servicios locales siempre y cuando los prestadores de servicios médicos de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 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. • 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). • Servicios de médicos	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
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. • 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. **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** Está cubierto durante un número ilimitado de días dentro de la red por admisión. (1)Es posible que se requiera autorización previa	
Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Estos servicios ayudan a diagnosticar, tratar y apoyar la recuperación de afecciones de salud mental en un entorno hospitalario psiquiátrico. Esto también incluye servicios para el trastorno por abuso de sustancias que se prestan en un hospital para pacientes internados aprobado por los CMS. **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** Está cubierto durante un número ilimitado de días dentro de la red por admisión.	Copago de $390 por día para los días 1 a 6 por admisión. Copago de $0 para el día 7 en adelante por admisión.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: Servicios cubiertos que recibe en un hospital o en un centro de enfermería especializada (SNF) durante una hospitalización no cubierta[(1)] Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos • Vendajes quirúrgicos • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa	**Servicios médicos:** Atención primaria: copago de $0 Especialista: copago de $50 **Radiografías:** copago de $25 **Equipo médico duradero:** Vendajes quirúrgicos: 25 % del costo total Férulas, yesos y otros dispositivos: 25 % del costo total Prótesis: 25 % del costo total Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello: 25 % del costo total **Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional:** Copago de $50

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Terapia de nutrición médica Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedades renales (de los riñones) (pero no sometidas a diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordena su médico. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que obtiene los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá obtener más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden cada año si necesita continuar el tratamiento por otro año calendario. **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos servicios ilimitados de asesoramiento individual según sea médicamente necesario. El diagnóstico no limita la cobertura.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible para los servicios de asesoramiento individual.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan obtienen la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes externos o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista a través de un equipo médico duradero (por ejemplo, una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan • El medicamento para el 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. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre el tratamiento con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos	Paga el 20 % del costo total por cada medicamento de la Parte B cubierto por Medicare. Copago de $0 por las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19. El costo compartido de insulina está sujeto a un límite de coseguro de $35 por el suministro de insulina de la Parte B de un mes.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. 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. • 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 • Medicamentos calcimiméticos y quelantes del fosfato incluidos en el sistema de pago para la ESRD, entre los que se incluyen el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, epoetina alfa, darbepoetina alfa o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) 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. 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.	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Las siguientes categorías de medicamentos de la parte B están sujetas a terapia de pasos: • Agentes antineoplásicos • Factores estimuladores de colonias • Agentes inmunitarios • Intravítreos • Anticuerpos monoclonales • Somatostatinas • Viscosuplementos	
Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales): ***Conciliación de la medicación*** *Le brindamos cobertura inmediatamente después del alta de un hospital o de una estancia en un SNF; un proveedor de atención de la salud calificado, en colaboración con su médico, revisará su régimen de medicación completo que estaba en vigor antes del ingreso y lo comparará y conciliará con el régimen que se le ha recetado en el momento del alta para asegurarse de que se obtengan nuevas recetas y se desechen los medicamentos que se han dejado de tomar.*	*Copago de $0 por servicios de conciliación de medicamentos*
Detección de obesidad y terapia para promover una pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarle a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.
Servicios del Programa de Tratamiento de Opioides Los miembros de nuestro plan con trastornos por uso de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden obtener la cobertura de servicios para tratar los OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (Opioid Treatment	Copago de $50 por cada visita cubierta

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) y medicamentos agonistas y antagonistas de opioides para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde). • Asesoramiento sobre el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Servicios intensivos para pacientes externos • Tratamiento con metadona	
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes externos(1) Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones • Análisis de laboratorio. • Debe utilizar un proveedor de laboratorio dentro de la red. Nuestros proveedores de la red de laboratorios con contrato, que	**Radiografías: copago de $25** **Radioterapia**: 20 % del costo total **Suministros quirúrgicos, férulas, yesos y otros dispositivos:** 25 % del costo total por suministros cubiertos por Medicare **Análisis de laboratorio:** copago de $0 **Almacenamiento o administración de sangre:** copago de $0 **Radiología de alta tecnología:** copago de $250 **Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidos**

Servicio cubierto	Lo que usted paga
incluyen laboratorios independientes y laboratorios de propiedad del hospital, ofrecen múltiples ubicaciones donde se pueden obtener servicios. Algunos servicios de laboratorio pueden ser realizados por consultorios médicos, hospitales o centros de atención de urgencia que son proveedores de la red del plan. Si recibe servicios de extracción de sangre en el hogar, estos servicios tienen que cumplir con las recomendaciones del programa Federal de Medicare acerca del confinamiento en el hogar, haber sido ordenados por un proveedor de BlueCHiP for Medicare y ser realizados por un proveedor de servicios de laboratorio dentro de la red. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. • Exámenes de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica los indica para tratar un problema médico. (Radiología de alta tecnología) • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, incluidos electrocardiogramas y ecografías	**electrocardiogramas y ecografías:** copago de $50 Si se reciben los servicios en una instalación o en una visita al consultorio, además se puede aplicar el costo compartido correspondiente.
Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales): Cubrimos una mamografía de diagnóstico por año calendario.	Copago de $0 por una mamografía de diagnóstico.
[1]Es posible que se requiera autorización previa	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Observación en un hospital para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota**: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare* disponible en Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-(877)-486-2048.	Copago de $550 por visita

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios [(1)] El plan cubre los servicios necesarios desde el punto de vista médico desde que usted recibe en el departamento de atención ambulatoria de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como entablillados y yesos • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar **Nota**: A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):**	**Atención de emergencia:** copago de $130 **Observación:** copago de $550 **Cirugía ambulatoria en un entorno hospitalario:** copago de $550 **Cirugía ambulatoria en un centro quirúrgico ambulatorio:** Copago de $450 **Análisis de laboratorio:** copago de $0 **Exámenes de diagnóstico:** copago de $50 **Programa de hospitalización parcial para atención de la salud mental:** copago de $140 **Radiografías: copago de $25** **Radiología de alta tecnología:** copago de $250 **Equipo médico duradero y suministros:** 25 % del costo total **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare:** 20 % del costo total Copago de $0 para una colonoscopia de diagnóstico

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cubrimos una colonoscopia en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: 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.	Copago de $50 por cada visita cubierta por Medicare.
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): Cubrimos el acceso 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.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación para pacientes externos[(1)] Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos son brindados en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). [(1)]Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $50 por visita Copago de $0 por servicios prestados en un entorno de atención médica domiciliaria. Un copago por fecha de servicio, por proveedor médico, por cada tipo de servicio.
Servicios ambulatorios para el trastorno por el consumo de sustancias Servicios que ayudan a diagnosticar, tratar y apoyar la recuperación de trastornos por consumo de alcohol o drogas en un entorno ambulatorio, donde recibe atención sin ser admitido en un hospital. Los servicios prestados por cualquier proveedor o centro deben estar reconocidos por Medicare.	Copago de $50 por cada visita cubierta por Medicare. Copago de $0 por servicios prestados en un entorno de telesalud.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios suministrados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios[(1)] **Nota**: Si se va a someter a una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si se hará como paciente internado o externo. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes externos. Aunque pase la noche en el hospital, puede ser considerado un paciente externo. **Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos una colonoscopia en un centro quirúrgico ambulatorio o en un entorno hospitalario para pacientes externos. [(1)]Es posible que se requiera autorización previa	Copago de $450 por una cirugía cubierta por Medicare, realizada en un centro quirúrgico ambulatorio. Copago de $550 por una cirugía cubierta por Medicare, realizada en un entorno hospitalario para pacientes externos. Copago de $0 para una colonoscopia de diagnóstico.
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio de hospital para pacientes externos o por un centro comunitario de salud mental, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, y que es una alternativa a la hospitalización. El *servicio intensivo de tratamiento para pacientes externos* es un programa estructurado de terapia activa de salud conductual (mental) que se brinda en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud aprobado por el	Copago de $140 por día

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Gobierno federal o una clínica de salud rural, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o consejero profesional autorizado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial. Para los servicios intensivos para pacientes externos prestados en un programa de tratamiento por uso de opioides, consulte el beneficio "Programa de tratamiento de opioides" en este cuadro.	
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): ***Servicios de recuperación entre pares*** *Los servicios cubiertos incluyen apoyo al miembro, educación y recursos para facilitar la recuperación de un trastorno de salud mental o por abuso de sustancias. Los especialistas de Recuperación entre pares certificados trabajan con los miembros para entender sus afecciones de salud conductual, explorar 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.*	*Copago de $0 por visita*
Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio médico* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que usted recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista	**Atención primaria:** Copago de $0 por visita al consultorio **Especialista:** Copago de $50 por visita al consultorio No se aplica el copago a servicios de cirugía cubiertos prestados en un consultorio para pacientes externos.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP O especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: PCP, salud mental y especialistas seleccionados. • Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por el consumo de sustancias o un trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5 a 10 minutos **si:** • No es un paciente nuevo **y**	**Servicios de telesalud:** Copago de $0 para PCP y especialistas en salud mental. Copago de $50 por servicios de telesalud prestados por todos los demás especialistas aprobados.

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

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Servicios de podología* Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores *Se requiere una derivación para que se cubran los servicios bajo este plan.	Copago de $50 por visita No se aplica el copago a servicios de cirugía cubiertos prestados en un consultorio para pacientes externos.
Su plan también paga beneficios complementarios (adicionales): ***Cuidado de rutina de los pies*** *Cubrimos la atención de los pies de rutina, que incluye el corte o eliminación de durezas o callos, corte de las uñas de los pies y otra atención de mantenimiento preventivo higiénico 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.* *Todos los demás servicios están cubiertos en el beneficio de visita al consultorio de atención de los pies de rutina del miembro. Este servicio se cubrirá solamente si hay una enfermedad localizada como problemas circulatorios debidos a diabetes, lesión o síntomas que comprometan el pie.*	*Copago de $50 por visita para la atención del pie de rutina.*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos orales o inyectables para la PrEP aprobados por la FDA, incluidos los honorarios por inyectar el medicamento, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento de las indicaciones de los medicamentos) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. • Una prueba única de detección del virus de la hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis del PSA anual.
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados(1) Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptación o preparación para el uso de	25 % del costo total para cada dispositivo cubierto por Medicare y suministros relacionados.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
dispositivos protésicos y ortésicos, así como: bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También incluye cierta cobertura tras una cirugía de cataratas o eliminación de cataratas; consulte *"Atención de la visión"* más adelante en esta tabla para obtener más detalles. Los miembros deben usar los equipos médicos duraderos de los proveedores de la red/que tengan contrato con el plan. Los equipos médicos duraderos y suministros que se obtienen de proveedores contratados fuera de la red/sin contrato con el plan no están cubiertos. Las farmacias de la red pueden utilizarse para ciertos suministros que pueden no estar disponibles a través de un proveedor de equipos médicos duraderos o disponibles tanto en una farmacia de la red como en un proveedor de equipos médicos duraderos. Excluye la cobertura del mantenimiento rutinario de los suministros. (1)Es posible que se requiera autorización previa.	
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas completos de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave y que tienen una orden para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	Copago de $35 por visita

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol, pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. Los **miembros elegibles son**: personas entre 50 y 77 años que no presentan signos o síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de consumo de tabaco de, al menos, 20 años fumando un paquete diario, que fuman actualmente o que han dejado de fumar en el plazo de los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida acerca de la prueba de detección del cáncer de pulmón que cumple los criterios de Medicare para dichas consultas, y que es proporcionada por un médico o un especialista no médico calificado. *Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba LDCT*	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
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 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 Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo indica y usted cumple con una de estas condiciones: • Tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos exámenes de detección anuales.	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 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	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
embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios de diálisis y enfermedad renal incluyen:	
• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.	$0 de copago por admisión
• 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	20 % del costo total por servicios de diálisis cubiertos por Medicare
cuando su proveedor para este servicio no está disponible o no se puede acceder a él temporalmente)	

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se le ingresa al hospital para recibir atención especial).	Copago de $458 por día para los días 1 a 6
• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).	Copago de $0
• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.	25 % del costo total
• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir visitas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).	Copago de $0
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**.**	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)[1] (Para obtener una definición de atención en centros de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF). Para que se le cubran los servicios del SNF debe necesitar cuidados diarios de enfermería especializada o de rehabilitación especializada, o ambos. A los servicios de SNF debe solicitarlos un proveedor participante del plan y deben	Copago de $10 por día para los días 1 a 20. Copago de $218 por día para los días 21 a 100. Usted está cubierto durante 100 días como máximo por cada período de beneficios para servicios de paciente internado en un SNF, de

Servicio cubierto	Lo que usted paga
utilizarse instalaciones contratadas por el plan. Si no necesita atención especializada diaria, su plan no cubre los servicios del SNF. Los servicios médicos y otros servicios, como los de fisioterapia y terapia ocupacional, estarán cubiertos en un SNF si no cumple los requisitos para recibir atención especializada. Estos servicios estarán cubiertos por su Plan en la sección de beneficios específicos para estos servicios. Los centros de enfermería especializada de la red deben ser utilizados para que la atención esté cubierta. Consulte su Directorio de proveedores de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) para encontrar instalaciones de la red. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF. • Análisis de laboratorio que habitualmente se realizan en los SNF	conformidad con las pautas de Medicare. Un “período de beneficios” comienza el primer día que acude a un SNF cubierto por Medicare y finaliza cuando no ha recibido ninguna atención en un SNF durante 60 días seguidos. Si va al SNF tras la finalización de un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límites para la cantidad de períodos de beneficios.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se realizan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, la atención en los SNF se obtiene en los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja de hecho esté viviendo en el momento en que se retire del hospital. [1]Es posible que se requiera autorización previa	
Cese del consumo de tabaco y del hábito de fumar (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes externos e internados que cumplen con estos criterios: • Consuma tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco. • Es competente y está alerta durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año). **Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):** Cubrimos cuatro (4) visitas presenciales adicionales, según sea necesario.	Copago de $0
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) está cubierto para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para EAP en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico • Ser proporcionado por personal auxiliar calificado necesario para asegurarse de que los beneficios superen los daños y que dicho personal esté capacitado en terapia de ejercicios para la EAP. • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA) o enfermero practicante (NP)/especialista en enfermería clínica (CNS), que debe estar capacitado en	Copago de $25 por visita

Servicio cubierto	Lo que usted paga
técnicas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	
Servicios urgentemente necesarios Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio de nuestro plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios urgentemente necesarios son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina a su proveedor médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. Los costos compartidos para los servicios urgentemente necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red. Este beneficio se aplica a los servicios provistos por un Centro de atención de urgencia. El estatus de un proveedor como centro de atención de urgencia está determinado por el plan o por la forma en que el proveedor está autorizado y/u opera.	Copago de $50 por visita Es posible que se apliquen costos compartidos adicionales para determinados servicios recibidos durante la atención de urgencia (p. ej., equipo médico duradero, pruebas de diagnóstico para pacientes externos).

Servicio cubierto	Lo que usted paga
Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales): Cubrimos servicios de urgencia necesarios en todo el mundo. 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 $50 por visita Copago de $0 por la herramienta Drs Online
Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes de rutina de la vista (refracciones de la vista) para anteojos/lentes de contacto.	Copago de $50 por visita No se aplica el copago a servicios de cirugía cubiertos que se presten en un consultorio para pacientes ambulatorios.
• Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del glaucoma.
• Para las personas con diabetes, la prueba de detección de retinopatía diabética se cubre una vez por año.	Copago de $0 por el examen de detección de retinopatía diabética. Puede aplicarse un copago por separado en el consultorio.

Servicio cubierto	Lo que usted paga
• Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si necesita 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía.	No hay coseguro, copago ni deducible para los anteojos o lentes de contacto aprobados por Medicare después de cada cirugía de cataratas; sin embargo, cualquier mejora es responsabilidad suya. Consulte el beneficio de *Artículos para la visión* para obtener detalles de cobertura sobre las mejoras.
Su póliza también paga beneficios complementarios (adicionales):	
Examen de la vista de rutina *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.*	*Copago de $0 por un examen de la vista de rutina.*
Artículos para la visión *Proporcionamos cobertura para la compra de anteojos, marcos y/o lentes de contacto cada año calendario. Aunque no hay copago para los anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas, la asignación puede utilizarse para comprar marcos o lentes mejorados después de dicha cirugía.* *Puede consultar a cualquier proveedor de servicios de visión autorizado en los EE. UU. para obtener sus artículos para la visión. Si opta por recibir sus artículos a través de un proveedor de EyeMed, este aplicará su asignación en el punto de servicio y nos facturará directamente a nosotros. Si elige un proveedor que no es de EyeMed, es posible que deba pagar por el hardware por adelantado. En este caso, deberá solicitar el reembolso a través de EyeMed. Para solicitar el reembolso de forma electrónica, inicie*	*Asignación de $100 por año*

Servicio cubierto	Lo que usted paga
sesión en su portal en mybcbsri.com. Para encontrar un proveedor de EyeMed, visite: bcbsri.com/finddoctor o llame directamente a EyeMed al (844) 844-0894. *Si tiene un saldo restante después de haber comprado accesorios para la vista y desea realizar más compras, debe usar la misma red de proveedores de anteojos.*	
Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" Nuestro plan cubre la consulta preventiva de *"Bienvenida a Medicare"* por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de *"Bienvenida a Medicare"* solo durante los primeros 12 meses que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que quiere programar su consulta preventiva de *"Bienvenida a Medicare"*.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva *"Bienvenida a Medicare"*.

Punto de servicio(1)

El Punto de Servicio (POS) está disponible para los siguientes beneficios exclusivamente:

Servicios externos (terrestres y aéreos)	Servicios de especialidades de salud mental
Centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC)	Servicios de observación
Enemas de bario	Servicios de terapia ocupacional
Servicios de rehabilitación cardíaca	Servicios de tratamiento para los trastornos por consumo de opioides
Servicios quiroprácticos	Otros profesionales de la salud
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	Servicios de hematología para pacientes externos
Suministros y servicios para diabéticos (productos OneTouch solamente)	Servicios de laboratorio/análisis/procedimientos de diagnóstico para pacientes externos *(consulte las limitaciones de POS)*
Servicios radiológicos diagnósticos	Servicios de atención para pacientes externos
Servicios de diálisis	Atención para pacientes externos en el área de abuso de sustancias
Exámenes de tacto rectal	Radiografías para pacientes externos
Equipo médico duradero (DME) *(consulte las limitaciones de POS)*	Hospitalización parcial
ECG después de la visita de bienvenida	Servicios de fisioterapia y patología del habla y del lenguaje
Exámenes de la visión (incluidos los de rutina)	Servicios del médico especialista
Prueba de detección de glaucoma	Servicios de podología (incluidos los de rutina)

Los miembros que obtengan servicios en virtud del beneficio del POS son responsables de pagar un coseguro del 40 % y otros montos de la siguiente manera:

Para servicios y suministros para la diabetes: Solo están cubiertos los productos de la marca Abbott (consulte el **beneficio de capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes en el Capítulo 4** para conocer los productos cubiertos).

Estadías en SNF y hospitales para pacientes internados: 40 % del costo de cada estadía.

Servicios de ambulancia: copago de $200 por viaje.

Diálisis: 20 % de coseguro por tratamiento. Usted debe pagar estos montos hasta que alcance el gasto de desembolso directo máximo

Exámenes de audición	Servicios del proveedor de atención primaria	correspondiente a servicios fuera de la red. El gasto máximo de bolsillo POS se refiere a sus costos compartidos por todos los servicios POS cubiertos (los copagos correspondientes a servicios dentro de la red no se aplican a estos gastos de desembolso directo máximo).
Servicios de salud en el hogar	Suministros médicos/prótesis	
Atención aguda hospitalaria para pacientes internados	Servicios psiquiátricos	
Servicios psiquiátricos para pacientes internados	Servicios de rehabilitación pulmonar	
Rehabilitación cardíaca intensiva	Servicios de SET para la EAP	
Educación sobre enfermedad renal	Centro de enfermería especializado (SNF) *(consulte las limitaciones de POS)*	
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Servicios de radiología terapéutica	
Servicios preventivos cubiertos por Medicare		

Con el beneficio POS:

- Si un servicio requiere autorización previa dentro de la red, ese mismo servicio, si está cubierto por el beneficio del POS, requiere autorización previa fuera de la red. Todos los servicios que requieren autorización previa recibirán una verificación de necesidad médica. Si no se recibe la autorización previa, no se cubrirá el servicio.
- No se requiere autorización para emergencias médicas, atención médica inmediata, diálisis renal fuera del área o servicios de ambulancia médicamente necesarios. Estos servicios se cubrirán al nivel dentro de la red.

Limitaciones de POS:

- Mientras estén en el área de servicio del plan, los miembros tienen que usar los laboratorios, centros de enfermería especializados y proveedores de equipo médico duradero contratados por el plan. No hay beneficio POS dentro del área de servicio del plan para estos servicios.
- Los proveedores de Medicare que no formen parte del plan no están obligados a aceptar el plan POS, por lo que lo mejor es verificar con su proveedor antes de usar este beneficio.

[1]Es posible que se requiera autorización previa

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

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

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

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que tomamos de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

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

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
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	Los servicios Consulte la Sección 2.1 para ver el listado de los beneficios y las limitaciones.
Exámenes de la vista de rutina, anteojos, queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	Un par de anteojos con armazones estándar (o un juego de lentes de contacto) cubiertos después de una cirugía de cataratas con implante de lente intraocular.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (p. ej., si usted tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para colocar audífonos	Exámenes auditivos de diagnóstico cubiertos por Medicare y exámenes de equilibrio indicados por 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

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura 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.

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 escriba su receta, que es 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. (Para obtener más información, consulte la Sección 4 en este capítulo)

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 2.4).

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 que estén en 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 Conserjería de Medicare 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.

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 Conserjería de Medicare 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 medicamentos de la Parte D en un centro de atención a largo plazo, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare 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 Conserjería de Medicare 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

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).**

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare 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 envío por correo, comuníquese con nuestro equipo de Conserjería de Medicare 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 2.2.

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 Conserjería de Medicare 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:

- 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 que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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 afección para la que se da la receta, o
- 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 el medicamento 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 la Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.)

Sección 3.2 Cinco 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 Conserjería de Medicare 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden 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 Conserjería de Medicare 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. (Vaya al 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 Conserjería de Medicare 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.

Probar 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, 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 Conserjería de Medicare 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 en la 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

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debe tomar que no está en nuestra Lista de medicamentos, 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 por un suministro máximo de 30 días. Si su receta es por menos días, permitiremos varios surtidos 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. Sin embargo, cuando sea admitido para recibir atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC), o dado de alta, 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 Conserjería de Medicare 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 Conserjería de Medicare 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 actualmente es 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 6.4 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 Conserjería de Medicare 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 6.4 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 niveles de especialidad 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**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica**
- **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. A veces, recibirá un aviso directo si se realizan cambios en un medicamento que toma.

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.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover dicho medicamento 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 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 nueva versión del medicamento 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 toma 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 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 toma. 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 obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. 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).

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 siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare:

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas 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 facturará automáticamente a nuestro plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Debe 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 Conserjería de Medicare 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 la cobertura acreditable:

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

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que su 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 específicas. 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 sobre 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 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 Conserjería de Medicare 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

Si usted está en un programa que le ayuda a pagar por sus medicamentos, **parte de la información que se encuentra en esta** *Evidencia de cobertura* **acerca de los costos por medicamentos con receta de la Parte D tal vez no se aplique a usted.** Hemos enviado 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) y solicite la *Cláusula adicional de LIS*.

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 cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las 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 por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).

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
- 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 Conserjería de Medicare 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 miembros de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS)

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en el plan BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS). 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 La *Explicación de beneficios (EOB)* de la Parte D explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que 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 un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un programa de asistencia de medicamentos para el sida (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 Conserjería de Medicare 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

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 $500. 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. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 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 $500 por sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 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 del plan se encuentran en uno de los cinco (5) niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- 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. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- El **Nivel 4** es el nivel de medicamentos no preferidos que incluye medicamentos de marca y algunos genéricos. Usted paga $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto de este nivel.
- El **Nivel 5** es el nivel de especialidad que incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo (nivel más alto). Usted paga $35 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 2.4 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 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	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 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 30 %	Coseguro del 30 %	Coseguro del 30 %
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos de especialidad)	Coseguro del 28 %	Coseguro del 28 %	Coseguro del 28 %

No pagará más de $35 o 25 %, lo 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.

Para obtener más información sobre el costo compartido de la Parte D, consulte la Sección 8 de este capítulo.

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 lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

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 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	Copago de $24

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 2 de costos compartidos (Medicamentos genéricos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $48
Nivel 3 de costos compartidos (Medicamentos de marca preferidos)	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %	Coseguro del 25 %
Nivel 4 de costos compartidos (Medicamentos no preferidos)	Coseguro del 30 %	Coseguro del 30 %	Coseguro del 30 %
Nivel 5 de costos compartidos (Medicamentos de especialidad)	N/C	N/C	N/C

No pagará más de $70 o *el 25 %, lo que sea menor*, por un suministro de hasta 2 meses, ni más de $105 o el 25 %, lo que sea menor, por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, 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.

La *EOB de la Parte D* que recibió lo 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 1.2 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.

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

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 Conserjería de Medicare 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. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor de Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on 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 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 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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Si se inscribió en forma retroactiva en nuestro plan

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

Si se 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 rembolso.

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 la Sección 2.4 del Capítulo 5, para obtener 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. 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 reclamación de medicamentos y/o servicios de la Parte B del seguro médico en un plazo de 12 meses, y su reclamación 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 nuestra parte del costo. Es posible que nuestra

parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si 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. Le enviaremos una carta en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 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 útil para usted, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (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 un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo con nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare está disponible 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. 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 de atención primaria (PCP) en la red de nuestro plan para proporcionar y organizar sus servicios cubiertos. Tiene derecho a ir a un especialista de salud para mujeres (como un ginecólogo) sin una derivación.

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *dentro de un período razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de los especialistas cuando necesite dicha atención. 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (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 BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener alguno de los siguientes tipos de información, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o 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 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 nuestro sitio web 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (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)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY 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* (Derechos y protecciones de Medicare) (disponible en: Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf)
  - Llame al 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY 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 miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a que sus médicos y otros proveedores puedan ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y siguiendo adelante con su atención.**

  - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
  - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
  - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe**. Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
  - Debe pagar las primas del plan.
  - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
  - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
  - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos.
  - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto extra directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **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 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

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

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

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

Sección 1.1 Términos legales

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

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Las siguientes son dos organizaciones que pueden ayudarle:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

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

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

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame al 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227) 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.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

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

Sí.

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

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar una queja acerca de la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes**

Decisiones de cobertura y apelaciones

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

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

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información acerca de las apelaciones de atención médica del Nivel 2, consulte la **Sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6.

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

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

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

- **Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY 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 Conserjería de Medicare 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).
    - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o (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 4.2 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 para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5:** Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D:Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitar que cubramos una hospitalización más prolongada si cree que el médico le está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8:** 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 Conserjería de Medicare 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 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

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

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

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

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

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

3. Obtuvo atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le comunicamos que no pagaremos dicha atención. **Presenta una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica y cree que el plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presenta una apelación. Sección 5.3.**

Nota:Si la cobertura que se interrumpirá es por servicios de atención médica en un hospital, atención médica en el hogar, en un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), consulte las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a sus normas 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 10 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 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*. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

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

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

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

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

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

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

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

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

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

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

Fechas límite para una apelación rápida

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

- **Si nuestra respuesta rechaza parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

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.
    - 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 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 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).
    - Si no le damos una respuesta para la fecha límite indicada (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si respondemos Sí a todo o parte de lo que solicitó,** debemos autorizar o suministrar la cobertura dentro de los 30 días calendario **si su solicitud es por un artículo o servicio médico, o** en un plazo de 7 días calendario si solicitó un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Paso 2: La organización de revisión independiente le responde.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

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

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea 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 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que obtuvo de un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

Pedirnos un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

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

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

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

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

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

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

Sección 6.1 Esta sección le indica lo que debe hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reintegremos el pago de un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (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 6.2.**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorizaciones previas o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitarnos pagar un monto menor de costo compartido por un medicamento cubierto a un nivel mayor de costo compartido. **Solicite una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Solicite que le hagamos un reembolso. Sección 6.4.**

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

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

Sección 6.2 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 al 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.
    - 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 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 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 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 que no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 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 6.4 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 toda solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que está disponible en nuestro sitio web bcbsri.com/medicare/planmaterials. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para solicitar una determinación de 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, incluya su nombre, información de contacto e información que indique 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 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 ha comprado

- 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 6.5 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 6.4 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. 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 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos 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 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 6.6 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 obtener 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 6.6 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 IRE. 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 acepta darle una “apelación rápida”, debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** posteriores a recibir 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 recibir 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 esta organización rechaza **parte o la totalidad de** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión en que no hay que 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 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que 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 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Después de los 2 días calendario de su hospitalización, se le entregará un aviso por escrito denominado *Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o 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 Conserjería de Medicare 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 7.2 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 Conserjería de Medicare 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. El número de teléfono de la Oficina de Envejecimiento Saludable de Rhode Island es (401) 462-3000. Los usuarios de TTY pueden llamar al (401) 462-0740. 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 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 Conserjería de Medicare 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, **entonces es posible que tenga que pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a su apelación.

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

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

Sección 7.3 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. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

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

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez administrativo o abogado mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

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

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

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

Sección 8.1 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 que usted o alguien que actúa en su nombre 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 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con las fechas límite.**
- **Solicite ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). O llame al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. El número de teléfono de la Oficina

de Envejecimiento Saludable de Rhode Island es (401) 462-3000. Los usuarios de TTY pueden llamar al (401) 462-0740. 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 piensa que la cobertura por los servicios debería continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le ha dado nuestro plan.
- Al final del día 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 los servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios.**
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen no?

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

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

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

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si la respuesta es no, 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 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

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

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

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

Apelación de Nivel 3

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

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado mediador rechazan su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* terminar**. A diferencia de la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle la atención médica dentro de los 60 días calendario después de obtener la decisión del juez de derecho administrativo o abogado mediador.

- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en cuestión.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* o *no* haber finalizado.**
  - Si usted decide aceptar la decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

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

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

Apelación de Nivel 5

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

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

Sección 9.2 Apelación de Niveles 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 la respuesta es NO, 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, 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, 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, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

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

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *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 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 10.1 ¿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?

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

Sección 10.2 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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711).** Si hay algo más que necesita hacer, nuestro Equipo de Conserjería de Medicare se lo informará.
- **Si no quiere llamar (o llamó y no quedó conforme), puede presentar su queja ante nosotros por escrito.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- BlueCHiP for Medicare tiene un procedimiento formal para verificar su queja. Se llama "procedimiento de reclamos de Medicare". El reclamo debe presentarse dentro de los 60 días posteriores al hecho o incidente. Según su estado de salud, su reclamo debe ser abordado tan pronto como su caso lo requiera, pero, como máximo, 30 días después de que recibimos su queja. BlueCHiP for Medicare puede extender el marco de tiempo hasta en 14 días si solicita una extensión o si se requiere información adicional y la demora es lo mejor para usted. Si no está satisfecho con la resolución de su reclamo, se le informará de las opciones de resolución de conflictos que pueda tener.

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

  Por fax: (401) 459-5668

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

Tiene derecho a presentar un reclamo acelerado si solicitó una decisión rápida para un servicio o una apelación rápida para un servicio y determinamos que su solicitud se procesará dentro del plazo estándar (no acelerado). También tiene derecho a presentar un

reclamo acelerado si extendemos el plazo necesario para tomar una decisión sobre su solicitud de un servicio o su apelación por un servicio. Si presenta un reclamo acelerado, revisaremos su inquietud de inmediato y le notificaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas de recibida su solicitud.

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

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

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

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a 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 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

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

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

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

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

Si 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 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

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

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

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

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

- **El Período de inscripción abierta 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 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

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

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

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Rhode Island Medicaid.
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como 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 inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

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

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

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

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

- **Llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY 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. • Quedará automáticamente cancelada su inscripción en BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan de medicamentos de Medicare por separado.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Quedará automáticamente cancelada su inscripción en BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) cuando comience la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-(800)-MEDICARE (1-800-633-4227) y pedir que cancelen

	su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-(877)-486-2048. • Se le dará de baja de BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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 medicamentos con receta, servicios y artículos médicos 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 BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) debe finalizar su membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) debe finalizar su membresía en nuestro plan si sucede una de las siguientes situaciones:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
    - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a nuestro Equipo de Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si el lugar al cual viajará o se mudará se encuentra en el área de nuestro plan.
- Si es encarcelado (va a prisión).
- Si deja de ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta
- 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 no paga las primas del plan de salud durante 6 meses.
    - Tenemos que notificarle por escrito que tiene 6 meses para pagar su prima del plan antes de finalizar su membresía.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura de medicamentos.

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

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

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) 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 (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 Conserjería de Medicare al (401) 277-2958 o al (800) 267-0439 (los usuarios de TTY pueden llamar al 711). Si tiene una queja, como un reclamo en relación con un problema con el acceso en silla de ruedas, nuestro Equipo de Conserjería de Medicare puede ayudarle. Si considera que BCBSRI no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, etnia, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial

médico, información genética, prueba de aseguramiento o ubicación geográfica dentro del área de servicio, puede presentar un reclamo ante: Director of Grievance and Appeals Department, Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island, 500 Exchange Street, Providence RI 02903, o llamar al (401) 459-5000 o al (800) 639-2227 (TTY/TDD: 888-252-5051). Puede presentar un reclamo en persona, por teléfono o por correo, por fax al (401) 459-5005 o electrónicamente a través de su portal para miembros en mybcbsri.com.

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

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

CAPÍTULO 12: Definiciones

Cantidad permitida: la cantidad máxima que un plan pagará por un servicio de atención médica cubierto. Este también puede llamarse “gasto elegible”, “monto de pago permitido” o “tarifa negociada”.

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 BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS), solo tiene que pagar los montos de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **facturen el saldo** o le cobren más que el monto de costos compartidos que determina nuestro plan.

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

Producto biológico: un medicamento con receta 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**).

Medicamento de marca: un medicamento con receta 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.

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: un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar su deducible.

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

Nivel de costos compartidos: cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los *5* niveles de costos 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 con receta 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 para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que debe pagar, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura, cuando pasan a ser elegibles para Medicare, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: es la atención brindada en una residencia de ancianos, centro de cuidados de hospicio u otro centro donde no necesite atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no

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

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 costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

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

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

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente, con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o

deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

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

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

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.

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.

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 de desembolso directo máximo: lo máximo que usted paga como costo de desembolso directo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red y fuera de la red. Los montos que paga para las primas de nuestro plan, las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta para el monto de desembolso directo máximo. Los montos para los servicios cubiertos dentro de la red se aplican a su monto de desembolso directo máximo dentro de la red, mientras que los montos para los servicios cubiertos fuera de la red se aplican a su monto de desembolso directo máximo fuera de la red.

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 Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertas referencias, como el American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Medicare: el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, ciertas personas menores de 65 años con alguna discapacidad, y personas con Enfermedad Renal

Terminal (en general, aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el período desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo en el que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan 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**.

Equipo de Conserjería de Medicare: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas acerca de su membresía, beneficios, reclamos y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para recibir información sobre cómo comunicarse con nuestro Equipo de Conserjería de Medicare.

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

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

Cobertura de farmacia para medicamentos recetados de Medicare (Parte D de Medicare): es un seguro para ayudar a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los 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 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).

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 recetados. En la mayoría de los casos, los medicamentos recetados 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 como medicamentos 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.

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. (Pedido por correo)

Plan de Organización de Proveedor Preferido (PPO): es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que aceptaron tratar a miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando recibe los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

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

Administrador de cobertura para medicamentos con receta (PBM, en inglés): Es un administrador externo (TPA, en inglés) de programas de medicamentos recetados para coberturas médicas comerciales, coberturas médicas del empleador autoasegurado, planes médicos de la Parte D de Medicare, el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales y planes de empleados del gobierno estatal.

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

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

Autorización previa: una aprobación por adelantado para obtener servicios y/o determinados medicamentos según criterios específicos. 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 ortopedia: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

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

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.

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

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

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.

Período de inscripción especial: tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a una residencia de ancianos, o si rompemos nuestro contrato con usted.

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

Costos compartidos estándares: los costos compartidos estándares son costos compartidos distintos de los costos compartidos preferidos que se ofrecen en una farmacia de la red. (Pedido por correo)

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 nuestra red del plan no está disponible temporalmente.

BlueCHiP for Medicare Essential (HMO-POS) Equipo de Conserjería de Medicare

Método	Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare: información de contacto
Teléfono	(401) 277-2958 o (800) 267-0439 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del **1.° de octubre al 31 de marzo:** Siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del **1.° de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; y sábados, de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario. Nuestro Equipo de Conserjería de Medicare también cuenta con servicios de interpretación gratis disponibles para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario: del **1.° de octubre al 31 de marzo:** Siete días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; del **1.° de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.; y sábados, de 8:00 a.m. al mediodía. Hay disponible un sistema de respuesta automatizada fuera de este horario.
Fax	(401) 459-5089
CORREO	Blue Cross & Blue Shield of Rhode Island Medicare Concierge Team 500 Exchange Street, Providence, RI 02903
SITIO WEB	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 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultad auditiva o del habla.
CORREO	The Rhode Island Office of Healthy Aging 25 Howard Ave, Building 57 Cranston, RI 02920
SITIO WEB	www.oha.ri.gov/

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